

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

Mestrado em Intervenção Socio-organizacional na Saúde

*Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços
de Saúde*

Dissertação

**Avaliação do Grau de Satisfação dos utentes Internos e
Externos do Serviço de Medicina Física e Reabilitação**

Maria Irene Cepeda Granjo

Orientador:

Professor Doutor Paulo Sousa

Lisboa/Évora, Setembro, 2012

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

Mestrado em Intervenção Socio-organizacional na Saúde

*Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços
de Saúde*

Dissertação

**Avaliação do Grau de Satisfação dos utentes Internos e
Externos do Serviço de Medicina Física e Reabilitação**

Maria Irene Cepeda Granjo

Orientador:

Professor Doutor Paulo Sousa

Lisboa/Évora, Setembro, 2012

Agradecimentos

Para a realização deste trabalho contei com a colaboração de várias pessoas que, com o seu carinho, compreensão e muita paciência tornaram possível este sonho.

Em primeiro lugar, quero agradecer ao meu orientador da dissertação, Professor Doutor Paulo Sousa, tudo o que me transmitiu ao longo da parte curricular do mestrado, pela prontidão na revisão do estudo, pela disponibilidade e incentivo demonstrado ao longo de todo o período de investigação.

Ao Professor Doutor David Tavares, pela simpatia e disponibilidade na revisão do “Inquérito por questionário”.

Ao Conselho de Administração do HDS, a todos os profissionais do SMFR e sobretudo aos utentes agradeço a sua participação no estudo.

Aos meus filhos, David e Pedro, pelos momentos em que os privei da minha companhia ao longo desta etapa, me incentivaram e apoiaram nos momentos mais difíceis.

Ao David e ao meu irmão Manuel, pelo seu esforço, disponibilidade, competência, rigor e dedicação em me auxiliarem com o seu saber na realização deste trabalho.

Por último, agradeço aos meus amigos por acreditarem em mim e me incentivaram a realizar mais esta etapa na minha caminhada.

A todos, um muito obrigado.

Resumo

Medir a satisfação dos utentes é indispensável para a avaliação da qualidade dos serviços.

O objetivo deste estudo é avaliar o grau de satisfação dos utentes internos e externos do serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR).

Optou-se por um estudo descritivo e correlacional, de caráter exploratório e transversal. O instrumento utilizado foi o inquérito por questionário baseado em modelos previamente utilizados em Fisioterapia. A população é constituída por utentes internados e externos tratados no SMFR. Estudaram-se as perceções sobre os serviços prestados, em relação a sete dimensões, a partir da avaliação do grau de satisfação. Procurou-se também identificar domínios das dimensões relações interpessoais e estrutura física mais correlacionados com a satisfação global.

Obteve-se um grau de satisfação global muito satisfatório (86%), concluindo-se por uma apreciação positiva dos serviços prestados. Os resultados permitem também identificar áreas menos positivas no sentido de estruturarmos propostas de melhoria.

Palavras-Chave: Avaliação da Qualidade; Satisfação do Utente; Medicina Física e Reabilitação

Assessment of internal and external patient satisfaction level from the Physical Therapy Service

Abstract

The measurement of patient satisfaction is crucial for the assessment of health care services quality.

This study aims to evaluate external as well as internal patient satisfaction level from a Physical Therapy Service (SMFR).

It was used a cross-sectional descriptive and correlation study, using the survey questionnaire for collecting relevant data based on models previously used in Physical Therapy area. The population was constituted by internal patients and external patients performing treatments in SMFR. We analyze the perceptions of the care services provided, related to seven dimensions, based on the assessment of patient satisfaction level. It was also intended to identify issues of the dimensions interpersonal relations and physical structure more correlated with global satisfaction.

A high-level of global satisfaction (86%) was achieved and we can conclude that the services provided are well appreciated.

The results also allow us to identify not so positive areas in order to develop proposals for improvement.

Key-Words: Quality Assessment; Patient Satisfaction; Physical Therapy

Índice

Agradecimentos.....	V
Resumo	VII
Abstract	IX
Índice de Figuras	XIV
Índice de Quadros	XV
Índice de Gráficos.....	XVI
Siglas e Abreviaturas.....	XVIII
Introdução.....	21
I. Enquadramento Teórico	25
1. Qualidade em Saúde	25
1.1. Avaliação da Qualidade	35
1.2. Qualidade em Fisioterapia	43
2. Satisfação	48
2.1. O conceito da satisfação	48
2.2. Satisfação no contexto dos Serviços de Saúde.....	51
2.3. Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes	54
2.4. Dimensões da satisfação	59
2.4.1. Aspetos interpessoais dos cuidados de saúde.....	61
2.4.2. Aspetos Técnicos dos cuidados de saúde	62
2.4.3. Acessibilidade e continuidade dos cuidados	63
2.4.4. Aspetos Financeiros.....	64
2.4.5. Eficácia/Resultado Clínico.....	64
2.4.6. Ambiente Físico	65

2.4.7.	As expetativas como determinantes da satisfação	66
2.4.7.1.	Teoria das expetativas	67
2.4.7.2.	Expetativas dos utentes	69
2.4.7.3.	Expetativas e Satisfação	70
3.	Medicina Física e Reabilitação	72
3.1.	Medicina Física e Reabilitação no HDS. E.P.E	73
3.2.	Valências e Organização do Serviço de Medicina Física e Reabilitação	75
II.	Metodologia	80
1.	Objetivos e questão de investigação	80
2.	Tipo de estudo	81
3.	População do estudo	82
4.	Variáveis em estudo	83
4.1.	Variável dependente e sua operacionalização	83
4.2.	Variável independente e sua operacionalização	85
5.	Instrumento de recolha da informação	87
6.	Procedimentos formais e éticos referentes à recolha da informação	89
7.	Tratamento Estatístico da Informação	90
8.	Apresentação de Resultados	91
8.1.	Análise Fatorial Exploratória do Questionário	91
8.2.	Análise das Variáveis demográficas e socioeconómicas	93
8.3.	Caracterização dos utentes em relação à experiência com os cuidados prestados no SMFR	98
8.4.	Análise das Dimensões em estudo	100
8.5.	Análise Correlacional das dimensões com a satisfação Global dos utentes	123
9.	Discussão de Resultados	126
	Conclusões	135

Plano de Intervenção Socio-organizacional	138
Referências Bibliográficas	- 142 -
Apêndice	- 159 -
Inquérito por questionário	- 159 -
Anexos	- 165 -
Autorizações Solicitadas.....	- 165 -

Índice de Figuras

Figura nº. 1: Determinantes da qualidade dos cuidados de saúde	26
Figura nº. 2: Representação gráfica do ciclo PDCA de Deming	29
Figura nº. 3: Componentes da Governação Clínica	34
Figura nº. 4: Estrutura da qualidade dos cuidados	36
Figura nº. 5: Ciclo de Melhoria da Qualidade	43
Figura nº. 6: Os Resultados em Saúde	49
Figura nº. 7: Hospital Distrital de Santarém	74
Figura nº. 8: Distrito de Santarém	75
Figura nº. 9: Planta do SMFR do HDS	77
Figura nº. 10: Organograma do SMFR do HDS, EPE	78
Figura nº. 11: Relação entre as dimensões e a satisfação do utente	84

Índice de Quadros

Quadro nº. 1: Tratamentos efetuados no SMFR em 2009-2011	76
Quadro nº. 2: Recursos humanos no SMFR	77
Quadro nº. 3: Resumo das dimensões em análise.....	84
Quadro nº. 4: Análise fatorial exploratória (componentes principais com rotação oblíqua Promax) e alfa de Cronbach	92
Quadro nº. 5: Nível de Escolaridade segundo escalão etário (%).....	95
Quadro nº. 6: Medidas Descritivas para as variáveis da dimensão Relações Interpessoais	105
Quadro nº. 7: Medidas Descritivas para as variáveis da dimensão Participação ativa no processo de tratamento	114
Quadro nº. 8: Medidas Descritivas para as variáveis da dimensão Estrutura Física	115
Quadro nº. 9: Distribuição do grau de satisfação dos inquiridos em relação ao preço dos tratamentos e motivo para a não realização de tratamentos.....	117
Quadro nº. 10: Distribuição do grau de satisfação dos inquiridos na dimensão Satisfação Global	118
Quadro nº. 11: Comentários	122
Quadro nº. 12: Valores das correlações de cada um dos domínios com a Satisfação global dos utentes (n = 321)	124

Índice de Gráficos

Gráfico nº. 1: Distribuição da variável sexo	93
Gráfico nº. 2: Distribuição da variável sexo por grupos etários	94
Gráfico nº. 3: Nível de Escolaridade (%)	95
Gráfico nº. 4: Distribuição das profissões	96
Gráfico nº. 5: Distribuição do concelho de residência	96
Gráfico nº. 6: Distribuição do estado civil	97
Gráfico nº. 7: Distribuição do estado civil pelos diferentes grupos etários	97
Gráfico nº. 8: Distribuição de utentes vs. Primeira vez que faz fisioterapia	98
Gráfico nº. 9: Distribuição de utentes vs. Primeira vez que faz fisioterapia no HDS.....	99
Gráfico nº. 10: Distribuição da admissão do serviço	99
Gráfico nº. 11: Se necessitar de tratamentos, consigo ser admitido sem qualquer problema	100
Gráfico nº. 12: Normalmente fazem-me esperar muito tempo pela consulta quando estou no SMFR	100
Gráfico nº. 13: O SMFR deveria estar aberto mais horas do que está	101
Gráfico nº. 14: Após a consulta os tratamentos iniciam-se rapidamente	101
Gráfico nº. 15: Espero pouco tempo entre a chegada ao Serviço e o começo do tratamento	102
Gráfico nº. 16: O atendimento administrativo foi rápido	102
Gráfico nº. 17: Os assistentes operacionais (auxiliares) foram rápidos no atendimento	102
Gráfico nº. 18: Tipo de admissão vs. "Se necessitar de tratamentos, consigo ser admitido sem qualquer problema"	103
Gráfico nº. 19: Tipo de admissão vs. " Normalmente fazem-me esperar muito tempo pela consulta quando estou no SMFR"	103

Gráfico nº. 20: Tipo de admissão vs. "O atendimento administrativo foi rápido"	104
Gráfico nº. 21: " Fui tratado com cortesia"	106
Gráfico nº. 22: " Os Terapeutas dirigiam-se a mim pelo meu nome"	107
Gráfico nº. 23: " O Terapeuta ouviu-me atentamente"	107
Gráfico nº. 24: " O Terapeuta está o tempo suficiente comigo"	108
Gráfico nº. 25: " O Terapeuta informou-me sobre os objetivos a atingir"	108
Gráfico nº. 26: " O Terapeuta mostrou-me os progressos que tenho alcançado"	109
Gráfico nº. 27: " O Terapeuta pediu-me para fazer atividades que me desagradaram"	109
Gráfico nº. 28: " O Terapeuta foi brusco quando me fez o tratamento"	110
Gráfico nº. 29: Tipo de admissão vs. " O Médico mostrou-se disponível para responder às minhas perguntas"	111
Gráfico nº. 30: " Estou satisfeito com o serviço prestado pelos Assistentes Operacionais"	112
Gráfico nº. 31: Tipo de admissão vs. " O Assistente Técnico (Administrativo) demonstrou simpatia no atendimento "	113
Gráfico nº. 32: Os resultados do trabalho do Terapeuta corresponderam às minhas expetativas	113
Gráfico nº. 33: O Médico mostrou ser competente	114
Gráfico nº. 34: Vou voltar a este serviço caso necessite novamente de tratamentos....	119
Gráfico nº. 35: Vou recomendar este serviço a um familiar/amigo que necessite de Fisioterapia.....	119
Gráfico nº. 36: Na globalidade, estou satisfeito com as instalações	120
Gráfico nº. 37: Distribuição do grau de satisfação dos utentes segundo as dimensões	120

Siglas e Abreviaturas

ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

AFE – Análise Fatorial Exploratória

APF - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

E.P.E - Entidade Pública Empresarial

EUA - Estados Unidos da América

FT - Fisioterapeuta

HDS - Hospital Distrital de Santarém

HQS - *Health Quality Service*

ISO - *International Standard Organization*

JCAHO - *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization*

JCI - *Joint Commission International*

KF- *King's Fund*

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

MCDT'S - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NHS - *National Health Service*

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDCA - Plan, Do, Check, Act

PSQIII - Patient satisfaction Questionnaire III

QAU - Questionário de audição ao utente

SA - Sociedade Anónima

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SMFR - Serviço de Medicina Física e Reabilitação

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA - Sector Público Administrativo

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TO - Terapeuta Ocupacional

WCPT - World Confederation for Physical Therapy

WHO - World Health Organization

Introdução

A presente dissertação, realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Intervenção Socio-organizacional na saúde, na área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, é subordinada ao tema “Avaliação do Grau de Satisfação dos utentes/doentes Internos e Externos do Serviço de Medicina Física e Reabilitação”.

A motivação para a realização de um estudo na área da Satisfação dos Utentes de Serviços de Saúde, surgiu pela constatação, ao longo dos anos que me ligam a este setor, da dificuldade em conceber, organizar e gerir serviços de saúde que satisfaçam plenamente utentes e profissionais.

A escolha do serviço de Medicina Física e Reabilitação baseou-se no facto de a autora exercer funções de coordenação no mesmo, tendo por conseguinte responsabilidades acrescidas a nível do desempenho, motivação e satisfação da equipa com o trabalho e ao nível da Qualidade dos cuidados prestados.

A procura da qualidade, produtividade, rapidez nas informações e eficiência na execução das tarefas são fatores vitais para as organizações se manterem competitivas. Um dos desafios dos serviços de saúde em geral, consiste na necessidade de incrementar a qualidade dos cuidados prestados de forma a maximizar a satisfação dos utentes. No que diz respeito à Fisioterapia, no atual ambiente de saúde, os fisioterapeutas enfrentam o desafio de exercer num mercado cada vez mais competitivo.

Na área da saúde a modernização das infraestruturas bem como os avanços tecnológicos nem sempre foram acompanhados de uma evolução nas atitudes dos profissionais que respondessem às expetativas dos utentes e dos seus familiares. Para Santos, (1993) a opinião do utente sobre os serviços de saúde é indispensável para monitorizar a qualidade dos cuidados de saúde, identificar e corrigir problemas, criar novas expetativas em relação aos cuidados e finalmente, para melhorar a organização e reorganizar os serviços de saúde. A satisfação dos utentes em relação à fisioterapia emerge como uma variável de grande importância (Goldstein, Elliot e Guccione, 2000; Roush e Sonstroem, 1999). Isto decorre do facto de os utentes que estão mais satisfeitos com os cuidados de saúde recebidos poderem aderir com mais facilidade aos regimes de tratamento, poderem manter o relacionamento com esse profissional de

saúde e poderem regressar ao mesmo prestador, se tal for necessário (Beattie, Pinto, Nelson *et al.*, 2002; Beattie e Nelson, 2008).

Assim sendo, a relação entre os cuidados que os profissionais de saúde prestam e as necessidades/ expectativas dos utentes, constituem um desafio promissor à avaliação da satisfação dos utentes, funcionando esta relação como um importante e legítimo indicador da qualidade.

A satisfação do utente e a qualidade do serviço devem ser uma chave estratégica e um elemento crucial para o sucesso e a rentabilidade das organizações de saúde (Ramsaran-Fowdar e Roshnee, 2005). Para o mesmo autor, os utentes criam expectativas em relação aos serviços de saúde como criam em relação a outros serviços.

A avaliação da satisfação do utente assume assim um papel importante, quer como medida de qualidade dos cuidados prestados pelo fisioterapeuta e outros profissionais de saúde, fornecendo informações sobre o sucesso da sua intervenção, quer como ferramenta de pesquisa, administração e planeamento, permitindo às instituições prestadores de serviços de fisioterapia adequar-se ao meio exterior envolvente, tendo como preocupação permanente a resposta às necessidades dos seus utilizadores. Desta forma poder-se-á melhorar a qualidade dos cuidados prestados tendo em conta a opinião do utente. A opinião do utente e o grau de satisfação deste são uma fonte de informação privilegiada, pois permitem determinar com elevada precisão a existência, ou inexistência de qualidade nos cuidados prestados em saúde (Ministério da Saúde, 2003).

O presente estudo tem como objetivo geral:

- Conhecer o grau de satisfação dos utentes provenientes do serviço de internamento e da consulta externa face aos cuidados prestados pelo Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. (SMFR, HDS) e com base nisso, definir um conjunto de propostas de melhoria da Qualidade.
- Fornecer informação para que os responsáveis e profissionais de saúde possam implementar programas de melhoria de qualidade, tendo por base a avaliação feita pelos utentes. Ou seja, a perceção dos utentes sobre a qualidade dos serviços que usufruem.

Como objetivos específicos:

- Avaliar a satisfação dos utentes no processo de admissão no SMFR;
- Avaliar a satisfação dos utentes em relação aos profissionais de saúde do SMFR: Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional, Médico e outros profissionais;

- Avaliar a satisfação dos utentes em relação às instalações;
- Avaliar a satisfação global dos utentes em relação ao SMFR;
- Avaliar quais os domínios da dimensão relações interpessoais e da dimensão estrutura física têm mais relação com a satisfação global dos utentes.
- Definir um conjunto de Propostas de melhoria a apresentar ao Conselho de Administração.

Para atingir as metas que nos propusemos, elaborámos um inquérito por questionário, estruturado e dirigido aos utentes que frequentam o SMFR do HDS, E.P.E., correspondendo a uma população de utentes em ambulatório e utentes internados.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes fundamentais: a) uma componente mais teórica onde se inclui o enquadramento teórico e a metodologia; b) uma componente mais prática que integra a análise, apresentação e discussão dos resultados e as conclusões do trabalho.

O enquadramento teórico é constituído por três capítulos. No primeiro capítulo apresentam-se as diversas concepções teóricas relacionadas com o tema da Qualidade em Saúde, particularmente no contexto de um serviço de Medicina Física e Reabilitação, tendo sido abordados as temáticas consideradas mais pertinentes. Foram analisadas as perspetivas de diferentes autores acerca do conceito de qualidade em saúde, avaliação da qualidade e da qualidade em fisioterapia. Assim como os resultados de alguns estudos empíricos realizados na área da Qualidade dos Serviços de Saúde em geral. No segundo capítulo é analisado o conceito de satisfação, satisfação no contexto dos serviços de saúde, avaliação do grau de satisfação dos utentes e dimensões da satisfação. Uma vez mais, foram apresentadas perspetivas de diferentes autores e resultados de estudos realizados na área da satisfação e por fim as expectativas como determinantes da satisfação, teoria das expectativas, expectativas dos utentes e expectativas e satisfação. No terceiro capítulo é feita a caracterização do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do HDS e suas valências.

A componente Metodológica é constituída por nove pontos. No primeiro ponto apresentam-se os objetivos do trabalho, primeiro os objetivos gerais e posteriormente os objetivos específicos, assim como a questão de investigação. No segundo ponto é descrito o tipo de estudo. Segue-se o terceiro ponto em que é descrita a população do estudo e no ponto quatro as variáveis em estudo, a variável dependente, a variável independente e as respetivas operacionalizações. O ponto cinco corresponde à apresentação do instrumento de recolha da informação e no ponto seis são descritos os procedimentos formais e éticos referentes à recolha da informação. O ponto sete é

constituído pelo tratamento estatístico da informação, incluindo o estudo das qualidades psicométricas do questionário como a validade e fiabilidade. No ponto oito são apresentados os resultados, inclui a análise Factorial exploratória do questionário, a análise das variáveis demográficas e socioeconómicas, assim como a caracterização dos utentes em relação à sua experiência com os cuidados prestados no SMFR, a análise das dimensões em estudo e a análise Correlacional das dimensões com a satisfação global dos utentes. A discussão dos resultados é efetuada no capítulo nove.

Posteriormente são apresentadas as conclusões do estudo e, finalmente, uma proposta de intervenção orientada para a melhoria da qualidade organizacional e, em particular do grau de satisfação dos utentes do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do HDS, E.P.E.

Destacaria o facto de referir que a minha intervenção está direccionada para a mudança de comportamentos, atitudes e práticas organizacionais, na dimensão organização e gestão, por considerar prioritário intervir junto das possíveis causas que determinam a satisfação dos utentes e assim poder contribuir para a qualidade dos serviços de saúde, em particular do Hospital de Santarém.

I. Enquadramento Teórico

1. Qualidade em Saúde

O setor da saúde e particularmente os hospitais enfrentam hoje um ambiente externo turbulento, confuso e em constante mutação. Segundo Campos (2007), Mutações que têm sido condicionadas sobretudo pela envolvente externa do país e são disso exemplo as alterações económicas cada vez mais determinadas pela globalização dos mercados, alterações políticas e legislativas dominadas pelas preocupações de contenção de custos, alterações sócio-demográficas decorrentes do envelhecimento da população, das modificações dos estilos de vida e dos crescentes fluxos migratórios e alterações tecnológicas, quer a nível da medicina, da genética e da biotecnologia. E neste sentido, pode afirmar-se que a característica essencial da gestão estratégica em saúde será o de tornar as ameaças do ambiente externo e transformá-la em oportunidades para o futuro.

Os serviços de saúde revestem-se de características próprias quando comparados com outros serviços. Na verdade, nunca sabemos o momento em que vamos precisar de cuidados de saúde, ou mesmo os custos desses cuidados. A incerteza é, pois, uma das características presentes nesta área. Neste setor também está evidente a assimetria de informação, sobretudo entre médicos e doentes. Outras características inerentes aos serviços de saúde públicos são a ausência de lucro, a intervenção pública e o comportamento ético (Barros, 2005).

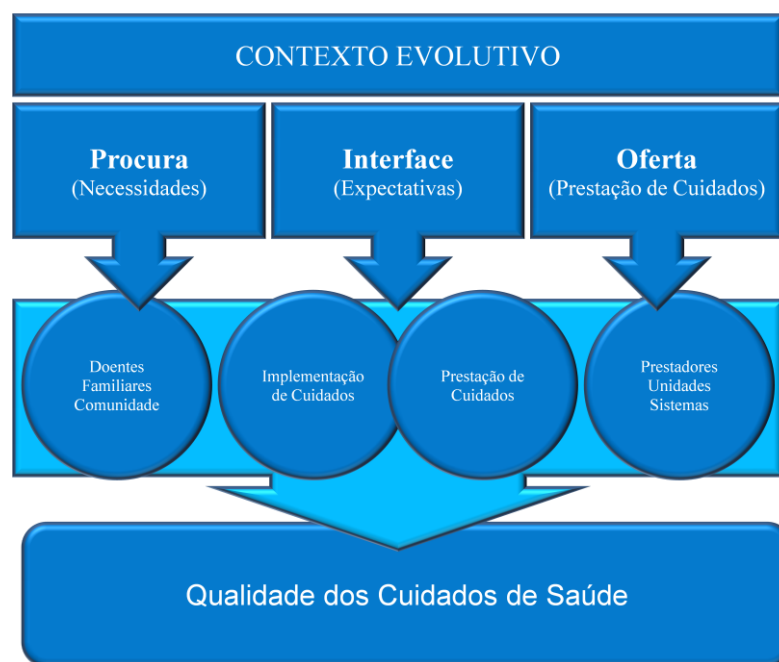
Estudos de Irani, Beskese e Love (2004) e Irvine, Kerridge, McPhee *et al.* (2002) referem que a maioria das empresas bem-sucedidas é aquela que consegue estabelecer fortes laços de intimidade com os seus clientes, despertando assim uma relação de confiança, humanização e proximidade.

Para o utente o conceito de qualidade está mais relacionado com a solicitude, respeito e rapidez do atendimento na prestação de cuidados de saúde enquanto para o profissional de saúde uma prestação de qualidade pressupõe disponibilidade de meios técnicos e científicos de diagnóstico e terapêutica.

Os clientes, procuram os serviços que mais lhe agradam, sendo hoje em dia, cada vez maior o seu grau de exigência, que os irá levar numa busca incessante de qualidade, executada aos mais variados níveis, entre eles: qualidade no atendimento, preço,

comodidade, segurança e garantia de boas práticas. Esta busca também depende do meio envolvente, condições socioeconómicas ou estilo de vida, que aumentam as expetativas em relação à prestação dos cuidados de saúde com qualidade como esquematizado na figura 1.

Figura nº. 1: Determinantes da qualidade dos cuidados de saúde



Fonte: Adaptado de Campos (2009, 31)

Existe atualmente uma preocupação com a promoção da Qualidade nos serviços de saúde quer nos países desenvolvidos, que têm de antecipar mudanças e obter resultados face às expetativas dos utentes, quer nos países em vias de desenvolvimento, orientados para otimizar os recursos e garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde (WHO, 2006).

O conceito de qualidade na área da saúde é tributário dos trabalhos decorrentes das teses de Juran, designadamente por Donabedian nos anos 80. Este reivindica a produção de bens e serviços voltados exclusivamente para o atendimento das necessidades do ser humano. O termo “qualidade” é também utilizado para significar “excelência” de um produto ou serviço, tal como argumenta Zanon (2000), exigindo para o efeito uma visão global (Leal, Requeijo e Pereira, 2009).

Para Donabedian (1980) os cuidados de saúde de qualidade são aqueles que se espera que maximizem uma medida de bem-estar do utente, tendo em conta o balanço

esperado de perdas e ganhos, referentes a todas as partes do processo de prestação de cuidados. Segundo o mesmo autor, existem dois elementos básicos para definir qualidade: os cuidados técnicos, que resultam da aplicação da ciência e das técnicas terapêuticas na resolução de problemas de saúde e a relação interpessoal que se estabelece entre utente e prestador, isto é, a gestão da interação social e psicológica entre os dois sujeitos da relação de prestador.

A qualidade em saúde apresenta particularidades em relação à qualidade de outras indústrias, para Donabedian (1984), pecam por não considerarem as relações utentes/prestador de cuidados de saúde; não considerarem as particularidades dos profissionais de saúde, como o conhecimento, capacidades e motivações; tendem a desvalorizar as atividades clínicas em detrimento de atividades de apoio e desvalorizar a importância da educação para a saúde e a monitorização de saúde continuada. Contudo, para Donabedian (1984) os serviços de saúde devem basear-se em alguns aspetos dos modelos industriais, nomeadamente no que respeita à indispensabilidade de considerar as necessidades, valores e exigências dos clientes, o reconhecimento de que os sistemas e processos são críticos para a qualidade, à necessidade de recorrer à autoavaliação e autonomia por parte de todos os profissionais da organização, à necessidade de desenvolver instrumentos de medida específicos para os serviços de saúde, à necessidade de envolvimento da administração na qualidade e à necessidade de investir em formação para o controlo e garantia da qualidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) aponta como aspetos determinantes para obter cuidados de saúde de qualidade, o elevado grau de excelência profissional, “temos de ser bons naquilo que fazemos”; a eficiência na utilização dos recursos, “é criminoso hoje em Portugal gastar mal os poucos recursos (humanos, financeiros, informação, etc.) que temos”; os riscos mínimos para os utentes; é a satisfação para os utilizadores com o serviço de saúde, “um ensejo de todos nós” e obtenção de resultados, “ganhos em saúde com a melhoria progressiva dos nossos indicadores” (Pisco 2005, p. 11).

Imperatori (1999) define a qualidade como um conjunto de propriedades e características de um bem ou serviço que lhe confere aptidão para satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas dos clientes. Vem sustentar a ideia que a qualidade dos cuidados se pode caracterizar por um equilíbrio dinâmico entre o possível e o desejado.

De acordo o mesmo autor, a qualidade dos cuidados é o grau de excelência dos mesmos. O objetivo dos cuidados de saúde é recuperar, melhorar ou manter a saúde, razão conclusiva para a avaliação da qualidade dos cuidados, primeiro em termos de resultados de saúde e depois do processo pelos resultados alcançados e de estrutura.

Em 1990, o *Institute of Medicine* dos EUA define qualidade em saúde como “o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e para as populações aumenta a probabilidade de obter resultados de saúde esperados, sendo coerentes com o conhecimento profissional atual” (Campos, 2009, 29).

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) define o conceito de qualidade em saúde como, o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados (Sousa, 2010).

Para Fragata (2006, 25), qualidade em saúde são “cuidados prestados com um nível de acordo com o estado da arte, no momento preciso e no utente certo (...) considerando aspetos como a satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente o utente, bem como o acesso igual a esses cuidados, equidade, entre outros” (p. 25).

Note-se, que a preocupação com a qualidade tem aumentado significativamente com o passar dos tempos. Mas esta preocupação parece acompanhar o desenvolvimento dos cuidados de saúde desde a antiguidade. Segundo Nunes e Brandão (2007), os primeiros estudos relacionados com a qualidade na saúde de que há registos foram provavelmente desenvolvidos pelos Romanos nos seus hospitais militares.

No final do século XX, o setor da saúde em Portugal assistiu a um grande desenvolvimento na área da qualidade, tendo surgido uma preocupação crescente para o desenvolvimento de projetos de humanização e melhoria da qualidade nos serviços de saúde, quer por parte do governo, utentes, profissionais de saúde e contribuintes. Contudo, à semelhança de outros países europeus, o que se observou foi um desenvolvimento de programas de promoção da qualidade nos serviços de saúde, associado à redução de custos. Segundo Ovretveit (2000), alguns dos projetos foram bem-sucedidos embora outros nem tanto, havendo necessidade de os melhorar. Citando Biscaia (2002, 8) “não basta ter uma visão, definir um caminho, pois a história está cheia de exemplos de boas ideias, de projetos inovadores, aparentemente destinados a ter sucesso (...) que não vingaram” (p. 8). Para o mesmo autor, há que perspetivar a melhoria contínua da qualidade como um processo de mudança, ou seja, mudar uma prática baseada na experiência, para uma prática baseada na evidência científica, na escolha informada do cidadão e ainda uma mudança de qualidade monodisciplinar, para cuidados partilhados e melhoria de processos complexos de cuidados de saúde. A melhoria da qualidade de saúde para Biscaia (2002), concretiza-se no âmbito de um sistema de qualidade, que tem como objetivos: corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade indesejada, ser um processo de melhoria contínua num quadro de responsabilidade e participação coletiva.

Para Brook, Schuster, McGlynn *et al.*, (2001) todas as definições de Qualidade parecem conter duas componentes que são importantes para as pessoas. A primeira está relacionada com a prestação de cuidados de grande qualidade técnica, entendendo como qualidade técnica dos cuidados de saúde os procedimentos ou serviços prestados de qualidade excelente. A segunda componente da qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com a qualidade organizacional dos serviços de saúde e diz respeito ao desejo que todos os utentes têm em ser tratados de forma adequada, quer humana quer culturalmente, e serem convidados a participar de forma ativa na tomada de decisão sobre o seu estado de saúde e a forma como melhorá-lo. Segundo Mezomo (2001), é necessário, em primeiro lugar, perceber se a organização tem uma missão claramente definida, e se os seus serviços satisfazem as reais necessidades dos utentes. Para este autor existem pressupostos intrínsecos à qualidade em saúde, nomeadamente: missão da organização definida; conhecimento das necessidades dos utentes; recursos humanos e materiais adequados; procedimentos estabelecidos; avaliação permanente dos resultados; visão da qualidade como processo de melhoria, no âmbito da estrutura, dos processos e dos resultados; e envolvimento de todos os elementos chave, isto é, clientes internos e externos, fornecedores e parceiros.

Um dos mecanismos utilizados na “melhoria contínua da qualidade” é o Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) ou Ciclo de Deming criado em 1924 por Walter A. Shewhart e mais tarde adotado por Deming que defende uma abordagem quantitativa e sistemática para a identificação e solução dos problemas (Carvalho, 2005).

Figura nº. 2: Representação gráfica do ciclo PDCA de Deming



Fonte: Adaptado de Moen e Norman (2010)

Para Deroose e Petitti (2003), os objetivos dos cuidados de saúde numa população baseiam-se na informação que os indivíduos dessa mesma população transmitem, no seu estado de saúde geral e na qualidade dos cuidados de saúde que lhes são prestados. Assim, qualquer organização de cuidados de saúde tem como objetivo assegurar e maximizar uma boa qualidade de saúde e bem-estar dos indivíduos da população onde se insere, disponibilizando os recursos necessários.

O Sistema Português da Qualidade na Saúde define qualidade na saúde como “satisfazer as necessidades e não responder à procura oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercados; é reunir integradamente eficiência, efetividade, aceitabilidade e equidade e não a exigência única de aceitabilidade” (Barros, 1999, p. 1,2). Ou seja, qualidade é fazer aquilo que é necessário, o melhor possível.

Barros (1998) refere que para a entidade prestadora, qualidade significa ter um processo produtivo que implica a melhor utilização possível de recursos disponíveis para a satisfação dos vários intervenientes do processo. Esta noção é “qualidade em sentido interno à organização” e implica um esforço para diminuir defeitos, qualificação dos profissionais e melhorias profundas em vez de pontuais, ao contrário do que está muitas vezes construído na vivência das organizações. O autor refere que existe outra noção de qualidade, associada às perceções dos utilizadores dos serviços de saúde, isto é “qualidade em sentido externo à organização” e que se prende com a satisfação das suas necessidades. “Esta distinção, raramente feita, é crucial para se avaliar os efeitos esperados de aumento da qualidade sobre os custos dos serviços de saúde e muitas vezes se mistura a análise de processo e análise de resultados produzidos (associado ao que designei por qualidade interna) com satisfação dos utilizadores (que são um resultado produzido, mas numa dimensão diferente)” (Barros, 1998, p.3)

Pisco (2001) refere que o conceito de Qualidade é multidimensional e para ela contribuem múltiplos fatores. Os critérios de qualidade são interdependentes e interagem entre si estando por vezes em conflito uns com os outros. Os constantes progressos clínicos e organizacionais vão aumentando a capacidade e a qualidade do desempenho dos profissionais mas vão aumentando também as expetativas dos doentes e os custos.

Como poderão então coexistir estes interesses? Como conciliar os interesses das Administrações com a necessidade de contenção de custos, com os interesses dos profissionais, que passará necessariamente pelo reconhecimento que considera justo pelo seu trabalho e os interesses dos utentes que pretendem um serviço cada vez melhor?

“Nenhum componente isoladamente é suficientemente amplo para abranger todos os aspetos da Qualidade” (Pisco, 2001, p.4).

Dependente do modo como é perspectivada a qualidade dos cuidados de saúde, os diferentes intervenientes no processo valorizam diferentes aspetos: Os utentes valorizam a acessibilidade, afabilidade e a melhoria do estado de saúde. Os prestadores focam-se nas capacidades técnicas e na obtenção dos resultados clínicos. Para os gestores a eficiência, eficácia, obtenção dos resultados desejados e rentabilização do investimento. Pode encontrar-se um serviço de saúde com uma elevada qualidade técnica, mas com uma baixa qualidade relacional, ou vice-versa. A qualidade parece pois depender do observador (Serapioni, 2009).

Fragata (2006) refere que a Qualidade nos cuidados de saúde deve ter em consideração as seguintes dimensões:

- Performance técnica (qualidade nos atos médicos);
- Recursos (eficiência económica);
- Gestão de risco (evitar danos ou eventos adversos relacionados com o tratamento);
- Satisfação dos utentes (doentes/clientes).

Segundo Bonato (2007), a qualidade no contexto hospitalar apenas se completa através da ação humana, responsável pela organização do trabalho que influencia diretamente as práticas de saúde. Dutra (2002) enuncia que a grande diferença das instituições de saúde está cada dia mais centrada na qualidade dos profissionais e no desempenho profissional de seus recursos humanos. A tecnologia e a estrutura das organizações podem significar pouco, caso os profissionais não estejam comprometidos e envolvidos com as necessidades dos utentes. As instituições dão cada vez mais importância ao sentido do trabalho das pessoas e à necessidade do reconhecimento do profissional, da formação contínua, do conhecimento da missão da organização e de seus objetivos e metas, direcionando cada vez mais investimento no desenvolvimento humano, de modo que eles agreguem valor para a pessoa e para a empresa. Os profissionais atuam como agentes de transformação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a instituição.

Para Neto e Dittar (2004), a qualidade é um processo de transformação do trabalho e do comportamento das pessoas no sentido da melhoria dos procedimentos e dos resultados da instituição. Tal como refere Mezomo (2001) é imprescindível o envolvimento dos profissionais na gestão da qualidade. Para que isso aconteça é fundamental, em primeiro lugar, fortalecer as pessoas através de formação contínua e capacitação

permanente, pois só assim os funcionários terão segurança e senso crítico, serão criativos e avaliarão melhor os processos, dando-lhes mais eficácia, e garantirão os resultados previstos. A segunda medida necessária é a preparação dos profissionais para trabalho em equipa, o que aumenta o compromisso recíproco, incentiva a produtividade e gera um elevado nível de satisfação. E, por fim, a terceira medida que contempla além das duas primeiras já mencionadas, a necessidade das pessoas conhecerem de forma clara a definição da missão da organização, bem como os princípios por ela adotados.

Assim como todas as outras organizações, também os Hospitais estão a implementar medidas de qualidade e procuram fazê-lo de diversas formas: habilitando os utentes para que comuniquem melhor, para resolverem problemas, para anteciparem necessidades, para ouvirem e resolverem conflitos mas também motivando-o ao compromisso com os objetivos da organização e com a garantia do seu futuro, tornando o utente um sujeito não passivo mas ativo no processo de qualidade.

De que modos poderão os serviços de saúde envolver o utente e de que modo poderão avaliar as suas expetativas?

A perceção de qualidade por parte do utente será sempre subjetiva e, tal como acontece com os administradores e os outros profissionais da unidade de saúde é sustentada pelos seus valores, atitudes, opiniões, formação e informação, Mezomo (2001) refere que esta perceção se baseia frequentemente em indicadores como a disponibilidade do profissional de saúde, o seu interesse pelo caso individual e a sua dedicação. Para além disso, o utente tem alguma capacidade de avaliar o peso e a sofisticação dos recursos técnicos que são empregues no diagnóstico e tratamento da sua doença ou do seu sintoma. Mezomo (2001) refere ainda que existe uma grande valorização dos recursos técnicos, tanto pelo profissional de saúde como pelo doente, que contribui, sem dúvida, para a espiral de custos observada atualmente. No entanto, a implementação de sistemas organizativos que favorecem a qualidade não é imediatamente perceptível para o utente. A qualidade é definida pelo utente e transcende os parâmetros dos produtos, contemplando aspetos relacionados com o meio ambiente e com as relações humanas. A função qualidade e o termo cliente (utente) devem ser entendidos de forma abrangente e devem ser estendidos, também, para as relações profissionais, sociais e familiares. A diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os utentes reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. West (1992) refere que cada utente possui uma determinada perceção sobre qualidade e, muitas vezes, esta diferença implica até mesmo *“estado de espírito do cliente”* no momento da prestação de

serviço. As pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida.

Vimos que o conceito de Qualidade em Saúde surge sob várias perspetivas, sendo várias as definições que assume. Contudo podemos enumerar as seguintes preocupações transversais a todas estas perspetivas. Uma preocupação com os resultados clínicos, uma preocupação com a excelência do serviço com vista a aumentar o bem-estar do utente e uma preocupação com o envolvimento de todos os profissionais. Atualmente a preocupação pela qualidade é cada vez maior. Trata-se de um processo gradual que implica uma reestruturação das relações entre profissionais e utentes, entre a oferta e a procura de cuidados de saúde. A qualidade dos serviços de saúde não pode ser reduzida a uma das dimensões identificadas. Somente quando forem integradas reciprocamente, poderão oferecer uma adequada resposta às expetativas e necessidades dos beneficiários dos serviços de saúde.

A tendência em matéria de qualidade de prestação de cuidados de saúde em Portugal é semelhante à dos restantes países Europeus. Os gestores públicos e profissionais de saúde devem orientar as suas ações centradas no utente, uma vez que este constitui a razão de ser do Serviço Nacional de Saúde (Bugada, 2006).

Segundo Campos (2009), a centralidade do utente na boa gestão hospitalar conduz ao moderno conceito de governação clínica, introduzido pela primeira vez pelo National Health Service (NHS), baseado em seis princípios:

- Acesso dos utentes a serviços de qualidade elevada;
- Responsabilização local pela prestação de cuidados liderada por profissionais de saúde;
- Trabalho de equipa, colocando sempre no centro dos cuidados as necessidades do utente;
- Melhoria da eficiência de modo a que cada investimento sirva para maximizar os cuidados prestados;
- Cuidados de excelência são prestados a todos os utentes e é a força condutora de todas as decisões;
- Refazer a confiança dos utentes no Serviço Nacional de Saúde, público, responsável, aberto e moldado pelas suas opiniões.

A Governação Clínica consiste assim num conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na qualidade, cujo objetivo é assegurar a melhoria da qualidade da prática clínica. Como principal prioridade e pré-requisito coloca-se o imperativo de investir poder no doente, familiares e cuidadores (Campos, 2009; Starey, 2003). Os princípios fundamentais da Governação Clínica estão representados na figura 3: Educação; Auditoria Clínica; Efetividade Clínica; Gestão do Risco; Investigação e Desenvolvimento e Satisfação dos Utentes.

Figura nº. 3: Componentes da Governação Clínica



Fonte: Adaptado de Starey (2003)

A qualidade dos serviços está intimamente relacionada com a Governação Clínica, sendo afetada quando não existe liderança, disponibilidade e espírito de equipa (Delgado, 2009).

É importante o empenho dos profissionais que intervêm ao longo de toda a cadeia produtiva, garantindo a melhor qualidade possível no produto final, nos processos de produção de serviços de saúde, criando assim “valor” para os utentes.

Segundo Rifkin (2003), citado por Malheiros (2009), a equidade no acesso à saúde e a participação dos doentes e da comunidade na tomada de decisão têm sido identificadas como fatores-chave para a melhoria dos cuidados de saúde ao longo dos últimos 50 anos. Este conceito de “participação das comunidades” evoluiu para o atual conceito de empowerment. “O sentido de uma estratégia de *empowerment* é precisamente pôr em causa o papel do «utente» enquanto tal e transformá-lo num codecisor e num

corresponsável pelas decisões e pelos serviços que o hospital proporciona à comunidade” (Cornwall et al., 2001, citado por Malheiros, 2009, p.275).

Para Draper (1997), a participação do utente na gestão da qualidade do hospital aporta inúmeras vantagens. A participação do utente:

- Fornece a base para o diálogo entre os hospitais e os utentes sobre melhoria dos serviços prestados;
- Fornece informação sobre o impacto dos serviços prestados pelos hospitais na vida dos utentes;
- Fornece informação sobre resultados clínicos a curto e longo prazo dos tratamentos prestados;
- Permite ao hospital aperceber-se de áreas de insatisfação dos utentes;
- Fornece ao hospital uma oportunidade para em conjunto resolver problemas em áreas de interesse comum;
- Fornece aos profissionais de saúde informação sobre como os utentes percebem os aspetos relacionados com os cuidados;
- Permite diminuir reclamações;
- Permite aos profissionais de saúde serem menos defensivos;
- Permite aos hospitais estabelecerem prioridades em áreas de melhoria que interessam aos utentes.

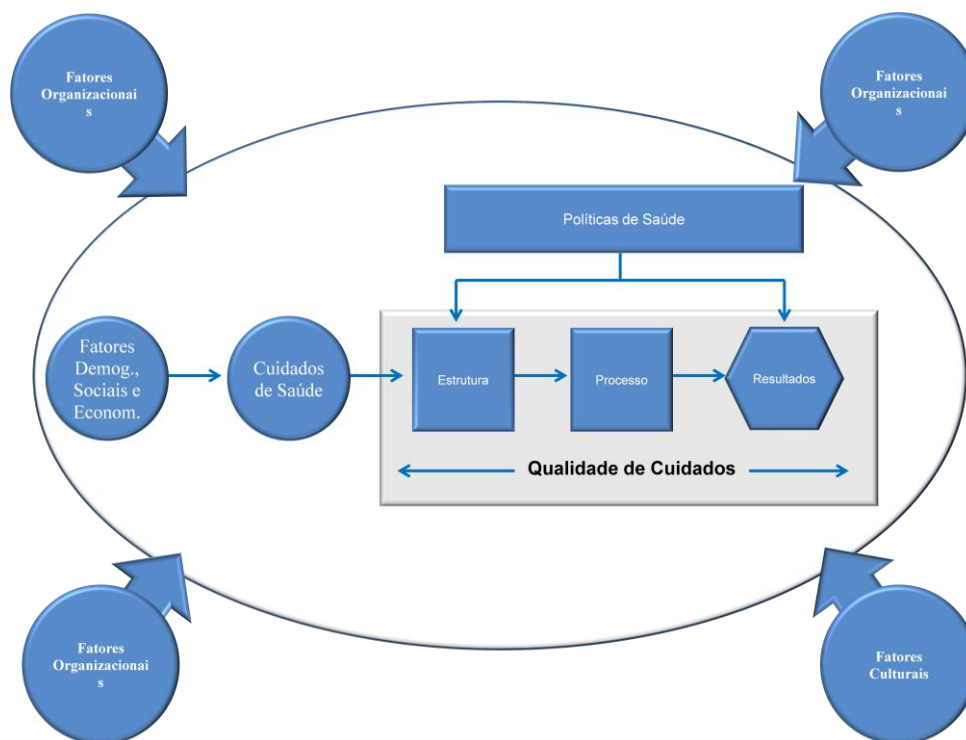
1.1. Avaliação da Qualidade

As questões relacionadas com a avaliação da qualidade no sistema de saúde, de âmbito público, privado ou social, assumem, segundo Sousa (2009) cada vez maior relevância, à semelhança do que ocorre a nível internacional (Comissão Europeia, 2000 e WHO, 2003, citadas por Sousa, 2009). Para o mesmo autor, avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados é o grande desafio para os profissionais da área da saúde.

Embora a qualidade possa ser encarada segundo uma perspetiva que traduz a conformidade com um documento de referência relativo a um produto ou serviço, importa fundamentalmente uma outra perspetiva, mais vasta e abrangente que diz respeito a

todas as organizações e que se refere à gestão da qualidade numa organização, otimizando o consumo de recursos e a procura estratégica da satisfação do utente, num contexto que é influenciado pelas orientações políticas, fatores organizacionais e fatores socioculturais (figura 4).

Figura nº. 4: Estrutura da qualidade dos cuidados



Fonte: adaptado de Peabody et al. (2006, 1294)

A abordagem da avaliação da qualidade em saúde tem subjacente o Modelo de Donabedian (2003), que concebe a tríade estrutura/processo/resultado, para a promoção da qualidade dos cuidados, ou seja, a qualidade dos cuidados só pode ser medida através da ligação estabelecida entre a estrutura, o processo e os resultados, que devem ser avaliados mediante indicadores previamente estabelecidos.

A componente estrutura refere-se ao conjunto de condições necessárias para o processo da prestação de cuidados ter qualidade através dos recursos humanos; condições de trabalho; equipamento; organização; sistemas de informação e financiamento.

A componente processo baseia-se na adequação dos cuidados prestados e recebidos (valores, procedimentos e atitudes), na competência técnica, nas relações de comunicação existentes entre os profissionais, os utentes e a família.

A componente resultados demonstra a eficácia dos cuidados e a saúde da população, ou seja, refere-se à melhoria do nível de saúde dos utentes, bem como à satisfação dos mesmos, como consequência das atividades dos serviços e/ou dos profissionais.

Segundo Donabedian (1998) e Peabody (2006), existe apenas uma fraca associação entre as dimensões estruturais e os resultados. Embora uma boa estrutura possa conduzir a melhores cuidados, as melhorias estruturais, por si só, não melhoram a saúde da população. Contudo, há autores (Birkmeyer, Dimick e Birkmeyer, 2004, citados por Peabody, 2006) que evidenciam a relevância das condições estruturais na qualidade dos cuidados, provando com os melhores resultados em situações cirúrgicas. As condições entrecruzam-se com as competências profissionais, a coordenação da instituição e numa perspetiva mais ampla fatores socioeconómicos, políticas de saúde e fatores culturais influenciam os elementos da estrutura (Peabody, 2006).

O processo pode ser avaliado durante a interação entre o profissional e o utente, embora seja difícil, dada a coexistência, em Portugal, de diversos subsistemas de saúde, sem interligação entre si, conjuntamente com a assistência privada, tornarão difícil, criar uma perspetiva global da forma como se processam os cuidados. Para Peabody (2006), podem-se prestar cuidados de qualidade em contextos com fracos recursos. Daí a importância das competências técnico-científica e relacional dos profissionais de saúde.

Donabedian, (1990), define as seguintes dimensões para a avaliação da qualidade nos serviços de saúde:

1. Eficácia: capacidade do cuidado de saúde contribuir para a obtenção de melhoria das condições de saúde. Este conceito é definido por Jones e Santaguida (2005, 14) como “quando uma intervenção funciona em circunstâncias ideais” (p.14);
2. Efetividade: mede a relação entre a melhoria verificada e a teoricamente possível. Jones e Santaguida (2005) refere-se a “efetividade quando a mesma intervenção funciona na prática diária” (p.14);
3. Eficiência: capacidade de obter o maior número de melhorias ao menor custo. Para Jones e Santaguida (2005) “é o valor relativo da intervenção apresentado sobre forma de percentagem” (p.14);
4. Otimização: é o resultado do equilíbrio ideal entre os custos e a melhoria alcançada;
5. Aceitabilidade: conformidade com as preferências dos utentes no que concerne a cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, as amenidades, preferências do utente quanto aos efeitos da prestação e preferências do utente

quanto aos custos do cuidado prestado, ou seja refere-se ao alinhamento entre as expectativas dos utentes e os cuidados prestados;

6. Legitimidade: relaciona-se com as normas legais, princípios éticos e conformidade das práticas desenvolvidas pela organização;
7. Equidade: É o atributo pelo qual se determina o cuidado aceitável para os utentes e legítimo para a sociedade, refere-se à honestidade na distribuição dos recursos e dos benefícios da saúde. Mais que uma dimensão é uma questão pública.

São comuns a Barros, (1998); WHO, (2006) e Bengoa, Kavar, Key *et al.*, (2006), as seguintes dimensões:

1. Efetividade: baseados na evidência e com resultados na resposta às necessidades das pessoas e comunidade;
2. Eficiência: maximização dos recursos evitando desperdícios;
3. Acessibilidade: prestação de cuidados de saúde pontuais, com qualificações e recursos apropriados às necessidades;
4. Centração no cliente: levar em conta as preferências e as expectativas individuais dos clientes;
5. Equidade: não fazer distinção das pessoas pelo género, etnia, localização geográfica e estatuto socioeconómico;
6. Segurança: minimização dos riscos e dos danos nos clientes. (erros de medicação, contaminação, erros de processo, erros humanos,...)

Estas dimensões também estão implícitas no aspeto que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) considera determinante para obter a qualidade, como anteriormente referidas:

1. Excelência Profissional;
2. Eficiência na utilização de recursos;
3. Garantia da segurança dos utentes;
4. Satisfação dos utentes com o serviço de saúde;
5. Resultados obtidos.

Estas dimensões são valorizadas de forma diferente consoante as entidades envolvidas. Assim os profissionais de saúde tendem a valorizar mais os aspetos técnicos e segurança dos utentes, enquanto para as entidades financiadoras a eficiência é a de maior relevância, sendo que os utentes valorizam a equidade e segurança. (Ransom, Joshi, Nash *et al.*, 2004 e Serranheira, Uva, Sousa *et al.*, 2009).

Para os autores, Serranheira, Uva, Sousa *et al.*, (2009), é consensual que os profissionais, organizações e os próprios utentes estejam cada vez mais empenhados e conscientes nos fatores que influenciam e determinam a segurança dos utentes/clientes. Os autores esperam que os hospitais estabeleçam normas que garantam a segurança dos cidadãos. Argumentam ainda Serranheira, Uva, Sousa *et al.*, (2009), quando estes sofrem efeitos adversos, como resultado da falta de atenção médica ou da enfermagem tendem a interpretar como negligência, embora por vezes os efeitos adversos sejam menor, mas tem um impacto nos utentes devido ao desconforto, dor e receio. Nesta perspetiva, a maior responsabilidade é atribuída aos “profissionais de saúde”; no entanto, a segurança clínica é um tema que não envolve somente os profissionais de saúde.

Para Serranheira, Uva, Sousa *et al.*, (2009) a segurança do utente representa uma das bases de qualquer tipo de prestação de cuidados e consequentemente da qualidade em saúde. O seu maior objetivo é evitar a ocorrência de problemas ou acontecimentos adversos, resultantes de condições latentes do ambiente de trabalho ou de erros humanos, que possam originar incidentes ou acidentes, com consequências negativas ou danos para a segurança ou saúde do utente.

Para Batalden, e Stoltz (1993), WHO (2002) e Wears (2004), citados por Sousa (2010), falhas na segurança do doente podem levar a uma perda de confiança dos doentes nos profissionais de saúde e organizações, aumento de custos sociais e económicos e menor probabilidade de se alcançarem os resultados desejados, implicando consequências ao nível da qualidade dos cuidados prestados.

Sousa (2006) defende a definição de uma estratégia nacional que possibilite integrar, articular e orientar a ação dos diversos atores envolvidos com o objetivo de reduzir a ocorrência de acidentes com os utentes, contribuindo para cuidados de saúde de excelência.

Portugal está atualmente envolvido nas questões relacionadas com a proteção e segurança dos utentes, quer no controlo de riscos através do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde (DGS), quer no controlo de infeções com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção associada aos Cuidados

de Saúde, tendo como finalidade o aumento da segurança destes. De acordo com as estratégias da DGS, adaptadas das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das recomendações do Comité dos Ministros dos Estados Membros da Comunidade Europeia para questões de gestão da segurança dos utentes e prevenção dos eventos adversos na prestação dos cuidados de saúde (DGS, 2010), constitui objetivo principal promover a segurança do utente nos sistemas de saúde, em que os mesmos princípios de segurança se aplicam igualmente aos diferentes níveis de cuidados, assim como a outros aspetos dos cuidados de saúde. Em Portugal, cabe ao Departamento da Qualidade na Saúde da DGS a responsabilidade para promover as atividades e procedimentos com vista a criação duma “cultura de Segurança”, admitindo que estes englobem: Normas de boas práticas; Indicadores; Investigação; Consensos, Partilha de saberes; Formação/Informação e Mudança nas organizações, e assim “contribuindo para cuidados de saúde de excelência”, de acordo com Sousa (2006).

As questões relacionadas com a avaliação da qualidade têm vindo a merecer cada vez mais destaque, no campo dos serviços de saúde. Para tal, contribuem vários fatores, nomeadamente de ordem económica, com o intuito de determinar a eficiência dos serviços e identificar as características daqueles que conseguem assegurar cuidados de qualidade, reduzindo custos. A garantia da qualidade, a melhoria contínua da qualidade e a monitorização da qualidade constituem-se como métodos que preveem o estabelecimento de objetivos bem definidos visando implementar medidas para a garantir e melhorar a qualidade. Para a monitorização da qualidade é necessário a existência de sistemas de informação, que tenham uma monitorização sistemática e uma regulação que permita o registo de ocorrências e informações do serviço.

Ransom, Joshi, Nash *et al*, (2004), consideram em termos de falhas três categorias:

- Sobre utilização, corresponde às situações em que se recorre à utilização de recursos sem que tal seja necessário, é o exemplo de realização de meios complementares de diagnóstico, em que não existe necessidade.
- Mau uso, corresponde a má utilização em situações em que se realiza o procedimento errado, ou procedimento adequado, mas é mal desempenhado.
- Subutilização, são situações em que não se verifica a mobilização de recursos que deveriam ter sido empregues, é o exemplo da não realização dos meios de despiste de rotina em grupos de risco.

A crescente sensibilidade da opinião pública, para a importância dos serviços de saúde oferecerem padrões mínimos de qualidade e com a participação cada vez mais ativa dos utentes e familiares, na defesa destes padrões.

Para se produzir cuidados de saúde de qualidade é necessário que ocorra um acompanhamento dos processos de qualidade, tornando-se necessário a definição e implementação de “indicadores adequados que possam refletir de maneira inequívoca e abrangente o desempenho dos processos e o impacto sobre os clientes” (Ottoni, 2009, p.128). Para a autora “ indicador é uma medida direta de qualidade. É uma chamada que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados, dentro de uma organização de saúde, que devem ser motivo de uma revisão” (Ottoni, 2009, p.128). Os indicadores devem ser escolhidos segundo critérios de relevância para os objetivos do serviço ou para a organização. As falhas identificadas devem servir para mudanças de estrutura e processo. (Campos, 2005)

Os indicadores de desempenho são fundamentais para a avaliação da implementação de um sistema de Acreditação. Simões (2005) refere que a acreditação tem sido desenvolvida em todo o mundo como meio de monitorização da melhoria contínua da qualidade, no sentido de garantir cuidados de saúde de qualidade aos cidadãos. Para o autor acreditar um hospital ou um serviço consiste em torná-lo credível aos olhos de terceiros.

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde recorre-se a três abordagens principais baseadas em padrões aceites pelo setor de licenciamento, acreditação e certificação (Rooney e Ostenberg, 1999). Para os autores o licenciamento é um processo pelo qual uma autoridade governamental dá autorização ao profissional ou à instituição de saúde para exercer uma profissão. Das normas estabelecidas para o licenciamento espera-se que a instituição ou o profissional de saúde atendam a padrões mínimos, a fim de proteger a saúde e a segurança da população.

Em Portugal, a acreditação das instituições de saúde teve o seu início no ano de 1999, com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (extinto em 2006). O programa de acreditação, que então se adotou, baseou-se na metodologia *King's Fund* (KF) e teve na sua génese um acordo celebrado entre o Ministério da Saúde Português e o *Health Quality Service* (HQS), vindo a dar origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (Andrade, Evaristo e Nolasco *et al.*, 2004). Mais tarde o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identificou a existência de uma escassa cultura da qualidade aliada a um défice organizacional dos Serviços de Saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica. Segundo o Ministério da Saúde (2004) “é por

todos visível que o nosso Sistema de saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expetativas legítimas dos cidadãos utilizadores”, (Ministério da Saúde, 2004, p.172). Este plano apontou como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde e, em 2004, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A., veio a adotar o modelo da *Joint Commission International* (JCI) para acreditação destes hospitais (Andrade, Evaristo e Nolasco *et al.*, 2004). Em simultâneo, diversos serviços foram certificados segundo as normas ISSO/NP. O despacho nº69/2009, de 31 de agosto, aprovado pelo Ministério da Saúde, adota o Modelo de Acreditação ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*) como modelo oficial e nacional de acreditação em saúde. O modelo de qualidade adotado pelo Sistema Sanitario Público de Andalucía e incorporado pelo Plano de Qualidade do Ministério da Saúde define a qualidade numa perspetiva holística, baseada em múltiplas variáveis. Sendo que a satisfação do utente, apresenta neste modelo um papel fundamental. Este conceito de qualidade tem lugar num quadro focalizado no processo do cuidado integral e exclusivo da perspetiva do utente e da continuidade dos cuidados como um critério-chave, determinando, por sua vez, a inspiração da organização, funcionalidade, formas de trabalho, formação profissional.

Sousa, (2010) refere que não se pode intervir na área da qualidade em saúde, se não se dispuser de mecanismos de medição e avaliação, e que a dificuldade ao nível da medição nos serviços de saúde resulta das diferentes definições do conceito de qualidade. Contudo é comum a existência de uma política explícita de Qualidade que visa melhorar o desempenho dos serviços de saúde e os resultados clínicos, económicos e centrados no doente (grau de satisfação, preferências e expetativas).

O ciclo de melhoria da qualidade é um processo contínuo, no qual a avaliação da qualidade tem como função averiguar a relação entre aquilo que existe e a situação que deveria existir, de acordo com os objetivos do serviço. Assim, como refere Campos (2005), “O ciclo de melhoria de qualidade é um processo contínuo, no qual a avaliação leva ao diagnóstico das deficiências em comparação com parâmetros pré-estabelecidos, à definição de objetivos e metas, à implementação de ações e o retorno à avaliação após um prazo determinado”. (Campos 2005, p.S68).

A avaliação do grau de satisfação dos utentes deve fazer parte do processo de melhoria continua (figura 5). A avaliação do grau de satisfação dos utentes como método de avaliação da qualidade em saúde é essencial. Ao nível da Gestão da Qualidade, compreender a diferença entre as necessidades e satisfação do utente é fundamental para o sucesso da organização (Irish Society for Quality and Safety in Health Care, 2003).

Figura nº. 5: Ciclo de Melhoria da Qualidade



Fonte: Adaptado de *Irish Society for Quality and Safety in Health Care* (2003, p.23)

1.2. Qualidade em Fisioterapia

A capacidade de antecipação para enfrentar os novos desafios resultantes das alterações das sociedades, pressupõe uma mudança de atitude em todos nós, em termos de responsabilização, de multidisciplinaridade, de participação social e de envolvimento nos mais diferentes níveis. Esta mudança passa pela forma como analisamos o que fazemos, como o fazemos e porque o fazemos, nomeadamente, se e como damos resposta às necessidades dos nossos utentes.

No caso concreto da Fisioterapia a constante competição entre os vários serviços de saúde, obrigam a uma constante necessidade por parte dos Fisioterapeutas, de definir, avaliar, e demonstrar a qualidade dos serviços prestados e resultados obtidos (Grimmer, Beard e Bell *et al.*, 2000).

A avaliação da qualidade dos serviços de Fisioterapia, baseia-se essencialmente em três aspetos: a estrutura, que se refere ao ambiente em que ocorre a intervenção da Fisioterapia; o processo de tratamento, tendo em conta os cuidados prestados para cada

utente como um ser bio-psico-social e por fim, os resultados obtidos, avaliados tradicionalmente por um conjunto de sinais e sintomas (Donabedian, 1990, citado por Grimmer, Beard e Bell *et al.*, 2000). No entanto esta forma de avaliação para (Sheppard, 1993, citado por Grimmer, Beard e Bell *et al.*, 2000), pode ser considerado insuficiente, uma vez que poderá dar ênfase apenas à componente física esquecendo, as necessidades e expetativas de cada utente.

De acordo com a World Confederation for Physical Therapy (WCPT), “ A Fisioterapia é o serviço prestado exclusivamente por Fisioterapeutas, ou sob a sua orientação e supervisão e inclui consulta e intervenção” (APF, 2005a), ou seja, os Fisioterapeutas enquanto profissionais de saúde, possuem qualificações regulamentares e guiam-se pelos seus próprios princípios éticos, descritos nos estatutos da sua Organização Profissional. A garantia da qualidade em fisioterapia deve ser desenvolvida por fisioterapeutas, garantindo um desenvolvimento contínuo da profissão através da educação básica, pós-básica e pós-graduada, suportando a investigação que tenha enfoque na avaliação dos cuidados e sua provisão, promovendo o desenvolvimento de projetos na área profissional. Deve ainda suportar iniciativas de garantia de qualidade através da fomentação de todos os aspetos da prática, suportando o desenvolvimento de medidas de resultados e desenvolvendo o papel do fisioterapeuta na avaliação das incapacidades e handicaps, com o intuito de estabelecer uma classificação internacional (Revised Health Policy Statement of the European Region of the WCPT, 2008).

Em 23 de março de 2002, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), tendo em conta as mudanças estruturais que exigem uma maior responsabilização dos Fisioterapeutas em relação à qualidade dos seus serviços, aprova o documento “Fisioterapia: Padrões de boas Práticas”, sendo uma adaptação do documento aprovado em 1995 pela Assembleia-Geral da World Confederation for Physical Therapy (WCPT) à qual a APF está vinculada (APF. 2005a).

A WCPT bem como a APF reconhecem que os padrões de prática são de absoluta importância e têm a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados globais de saúde, pela implementação de padrões elevados de educação e a prática em fisioterapia para:

- Implementar a qualidade dos serviços prestados e a sua autorregulação, demonstrando também aos cidadãos que os Fisioterapeutas são profissionais de saúde indispensáveis neste processo;
- Orientar os Fisioterapeutas na conduta e avaliação das suas práticas;

- Conduzir e orientar os Fisioterapeutas no desenvolvimento da sua educação profissional;
- Informar sobre a natureza do profissional de fisioterapia aos Governos, órgãos de tutela e outros grupos profissionais;
- Refletir os valores, condições e objetivos necessários ao desenvolvimento contínuo da Fisioterapia;
- Ter como base princípios válidos e mensuráveis;
- Ir de encontro às necessidades de mudança da comunidade;
- Servir como um meio de comunicação com os membros de profissão, empregadores, outros profissionais de saúde, governos e o público em geral (APF, 2005a).

Em 29 de março de 2003 a APF aprova em Assembleia-Geral, o documento “Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia”, retificadas em 2008. As normas descritas neste documento, enunciam os componentes para as unidades/serviços de fisioterapia, em que a organização/ direção, representada por um Fisioterapeuta, é responsável por assegurar a qualidade dos serviços e a segurança dos utentes, bem como, proporcionar um ambiente conducente à segurança do pessoal e promover o desenvolvimento profissional contínuo. Estas normas providenciam um padrão de referência da prestação em unidade/serviços de Fisioterapia e um estatuto que permita a revisão e implementação de melhoria dessa prestação numa estrutura organizacional (AFP, 2008).

Além de várias definições de Qualidade existem também inúmeras formas de medi-la. Em Fisioterapia, por norma, a Qualidade é medida de acordo com a obtenção dos objetivos previamente formulados, isto é, de acordo com os resultados obtidos.

Em 2004 a APF aprova o documento “Instrumentos de Auditoria. Aos Padrões de Prática”, visto a auditoria clínica ser um processo cíclico, que envolve a identificação de um tópico, que estabelece padrões comparando a prática com os padrões, implementando e monitorizando os resultados dessas mesmas mudanças, com o intuito de melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde (AFP, 2005b).

A APF refere como instrumentos de auditoria: Auditoria do processo clínico em Fisioterapia a partir dos padrões de prática relacionada com o utente; Auditoria dos padrões relacionados com o desenvolvimento profissional contínuo e a aprendizagem ao longo da vida; Revisão, por pares, de acordo com os padrões de prática; e Questionário de audição ao utente (AFP, 2005b).

Para implementar a qualidade dos cuidados, a sua regulação e demonstrar o papel dos Fisioterapeutas são necessários os padrões de prática em Fisioterapia.

A qualidade na prestação de cuidados de saúde depende, cada vez mais, da capacidade que uma cultura organizacional tem para adotar procedimentos que conduzam à qualidade total e de clarificar estes novos objetivos aos seus colaboradores. Por sua vez os profissionais de saúde têm que ter a capacidade de conjugar um vasto leque de abordagens multidisciplinares e de as conseguir operacionalizar. As equipas multidisciplinares nascem com a teoria emergente e com a perceção de que só a adoção de uma cultura organizacional que invista nos seus recursos humanos e que lhe potencie uma participação ativa conduzirá à qualidade total. Para Irani, Beskese e Love (2004): *“Continuous improvement and Innovation are considered to be life-blood of many companies (...) A implementação destes conceitos requerem uma mistura de criatividade, pensamento claro e a capacidade de fazer as coisas. Requer que quem cria e quem implementa trabalhem em estreita colaboração”*. (Irani, Beskese e Love, 2004, p.643-650).

A implementação de *guidelines* de prática clínica constitui uma ferramenta útil para a tomada de decisão clínica, mas também ao nível do processo de padronização e de qualidade dos cuidados prestados. Eslava-Schmalbach, Sandoval-Vargas e Mosquera (2011) demonstram a necessidade de incorporar considerações sobre equidade no desenvolvimento e implementação destas *guidelines*. Refere ainda que embora a incorporação da equidade implique um maior investimento no desenvolvimento e implementação, não o fazer implicará necessariamente reduzir a sua eficácia, o retorno nos resultados clínicos mas também diminuir a satisfação do utente.

A implementação da evidência na prática clínica diária é talvez o passo mais difícil de conseguir. Este facto, referido na literatura nas diversas profissões de saúde, é explicado de diferentes formas, entre as quais o impacto da formação inicial (Turner e Whitefield, 1999), a cultura da profissão, a pouca exigência do contexto (utente, instituições, governo), a falta de correspondência entre as condições em que é realizada a investigação e a realidade da prática clínica, a falta de relevância clínica de muita da investigação publicada, entre outras (Grimmer, Bialocerkowski e Kumar *et al.*, 2004).

Promover uma prática profissional baseada na intuição clínica, na experiência ou na tradição não é aceitável. Utilizar a evidência para melhorar os cuidados prestados e os serviços reflete a ênfase colocada na governação clínica, no desenvolvimento profissional e na aprendizagem ao longo da vida.

Segundo a (WHO,2006), analisando um processo de intervenção para o desenvolvimento da qualidade pode dividir-se em três categorias: análise, estratégias e implementação, que reflete compreender o problema, planejar, tomar a ação, estudar os resultados e planejar novas ações como resposta, ou seja, uma vez que vivemos num processo de constante mudança, as estratégias necessitam de ser revistas e adaptadas permanentemente.

O Sistema de Saúde propõe prestar cuidados aos utentes sendo que o conhecimento do seu grau de satisfação constitui um fator determinante para a melhoria desses cuidados. A avaliação da satisfação permite detetar lacunas nos procedimentos inerentes à saúde, alterações nas expectativas dos utentes face aos cuidados prestados e orientar mudanças na intervenção dos fisioterapeutas, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

A qualidade e eficiência dos cuidados prestados são decisivas para a satisfação do utente, tornando-se de extrema importância o compromisso de todos os prestadores na implementação de práticas sistemáticas de gestão que conduzam à satisfação, nunca esquecendo a melhoria contínua dos processos organizacionais.

2. Satisfação

2.1. O conceito da satisfação

A evolução do conceito de Saúde ao longo dos tempos, permitiu que os esforços dos profissionais de saúde não estejam centrados só na cura. Este alargamento do conceito clássico de saúde, torna-se mais abrangente e alarga as responsabilidades dos prestadores de cuidados de saúde. É importante montar dispositivos cada vez mais aperfeiçoados, capazes de proteger a saúde das populações. É importante estabelecer metas de saúde, mas também é fundamental saber se estas vão ao encontro das expectativas dos utentes.

Na área da saúde, existem inúmeros aspetos que carecem de resolução, tais como a reestruturação dos serviços, constrangimentos económicos, mudanças demográficas, os crescentes e complexos avanços das ciências e tecnologias biomédicas, entre outros. Todos contribuem para a rutura dos serviços de saúde. Simultaneamente, o aumento do consumo de serviços de saúde, e consequente aumento da responsabilização das organizações de saúde, levou à necessidade das organizações de saúde avaliarem a satisfação dos utentes com os serviços por si prestados (Turris, 2005).

Segundo Paúl, Martins e Roseira (1999), o conceito de satisfação corresponde à atitude do sujeito face a um objeto, pelo que se entende, que o sentido da satisfação é manifestado pelo próprio sujeito em função da realização das necessidades percebidas, das suas expectativas e dos resultados obtidos. Este é um aspeto individual, inerente a cada pessoa, o que pressupõe elementos afetivos e cognitivos pessoais.

Pereira, Soares e McIntyre (2001), definem o conceito de satisfação como “o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados e a sua percepção dos cuidados relativamente recebidos” (p.70). Salientam, as autoras referidas, que a satisfação é um conceito multidimensional, visto os utentes manifestarem opiniões sobre os diferentes aspetos dos cuidados de saúde, distinguindo-se como mais relevantes: o aspeto técnico e o aspeto humano ou interpessoal do cuidar, também definido como a “arte de cuidar”. Assim, a satisfação é a opinião do utente, que numa perspetiva teórica define-se como um vasto e variado leque de reações do utente à sua experiência com os cuidados de saúde. Sendo do ponto de vista das ciências sociais e humanas, objeto de

estudos que contribuem para avaliar e monitorizar a qualidade dos serviços de saúde (Pereira, Soares e McIntyre, 2001).

Turris (2005) refere que o enfoque da investigação na satisfação deve incidir mais na compreensão do processo, do que nos resultados. Afirma que há um consenso abrangente na literatura em considerar que a satisfação do utente é um conceito pouco teorizado. Este autor sublinha a necessidade do uso de diferentes modelos teóricos para o entendimento da satisfação dos utentes, tendo em conta diferentes valores, crenças e visões do mundo. Contudo é a área da Psicologia Social, de vertente norte-americana, que nos apresenta teorias direcionadas para a compreensão da satisfação dos utentes do serviço de saúde. Estas teorias centram-se especialmente em aspetos psicológicos como crenças, expetativas e perceções dos utentes.

A satisfação é um indicador de resultados de natureza psicossocial que tanto pode referir-se à atitude do utente face à globalidade dos cuidados de saúde recebidos, enquanto consumidor, como a uma experiência específica, como exemplo, a reação a um determinado prestador, é um conceito multidimensional de difícil conceptualização devido às múltiplas variáveis implicadas.

Atualmente as pessoas não estão apenas preocupadas com a melhoria do estado de saúde, mas também com a melhoria da qualidade de vida, o impacto económico, a mudança de comportamentos, as amenidades, a acessibilidade, o respeito, a segurança, a continuidade de cuidados e um resultado que engloba todas estas dimensões que é a satisfação (Campos, 2009). Poderemos então esquematizar o conceito segundo a forma que se apresenta na figura 6.

Figura nº. 6: Os Resultados em Saúde



Fonte: Adaptado de Campos (2009, 36)

O conceito de satisfação detém uma natureza multidimensional em que intervém um conjunto de variáveis de estrutura, de processo e de resultados (Santos, 1993). Donabedian (1980) considera que a satisfação dos utentes é percecionada pela reação que têm no momento da prestação, perante o contexto de estrutura, processo e resultado global da sua experiência com o serviço.

A satisfação surge inicialmente ligada ao Marketing, numa Perspetivas de direccionalidade do produto em relação ao consumidor (Esperidião e Trad, 2006). As instituições para sobreviverem e crescerem num mercado cada vez mais competitivo, têm que dar uma grande importância ao “marketing”. Um dos fatores mais importantes nesta área é a satisfação do utente, na medida em que este traduz a capacidade dos prestadores de preencherem as expectativas do utente. Por vezes, o utente torna-se num “evangelista”, trazendo amigos e conhecidos, aumentando assim o número de utentes da organização (Nascimento, 2000).

Cleary e McNeil (1988), defendem que, se o profissional de saúde quer competir pelo número de utentes, então o sucesso do “marketing” depende da capacidade de proporcionar um maior grau de satisfação do utente.

Mossberg (2000), refere que, clientes insatisfeitos estão mais dispostos a mudar para outro prestador de cuidados e a passar oralmente uma imagem negativa, do que clientes satisfeitos.

De acordo com Nascimento (2000) o conceito de satisfação pode ter dois sentidos. No primeiro, é assumida como ausência de insatisfação, a realização mínima de uma necessidade ou desejo. O segundo sentido, é atribuído à reposição de um estado de equilíbrio previamente comprometido. A satisfação surge como um estado de emoção positiva, mais ou menos consciente e explícita, mas cuja ausência não implica para o sujeito a existência de insatisfação.

Vários autores dão especial ênfase à satisfação, como indicador de qualidade. Bowers (2000) concluiu, após a recolha de pesquisas realizadas, que o julgamento feito pelo cliente sobre a qualidade, é o resultado de um processo cognitivo que precede a formação da dimensão afetiva da satisfação. As percepções sobre a qualidade são crenças e a satisfação é a resposta emocional a essas crenças. A satisfação do utente, surge assim, como um dos indicadores do processo de produção da saúde (Filho, 1990).

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade dos serviços de saúde reveste-se da maior importância, quer para entender as reações às políticas definidas

para o setor quer para avaliar o grau de correção da qualidade em resultado da sua aplicação (Neves, 2002).

2.2. Satisfação no contexto dos Serviços de Saúde

Torna-se essencial entender como se formulam as impressões sobre o sistema de saúde e seus intervenientes, isto é, médicos, técnicos, auxiliares e outros profissionais de saúde, quando se quer discutir o conceito de satisfação. O contexto em que estas impressões se formam é considerado na construção de um todo, em que se recorre a avaliações do tipo afetivo, moral ou instrumental.

Os primeiros estudos relacionados com a satisfação nos cuidados de saúde remontam à década de 1970. Segundo Linder-Plez (1982), centravam-se essencialmente na satisfação profissional. Segundo Filho (1990), desde os anos sessenta que Balint e Parsons alertavam, através do seu modelo da relação médico-paciente, no contexto da clínica para a atenção das necessidades e desejos dos utentes. Ao mesmo tempo, Donabedian (1988), Williams (1994), Siztia e Wood (1997) chamavam a atenção para a importância das relações medico-paciente em ambiente hospitalar.

Como refere Williams (1994), o objetivo era conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em 3 dimensões: comparecer nas consultas, aceitar as recomendações/prescrições e o uso adequado dos medicamentos.

Foi, portanto, a partir dos anos oitenta que a satisfação dos utentes começou a ser vista como um importante indicador da qualidade dos serviços. E a partir dos anos 90 foi introduzido o conceito “humanização dos serviços de saúde” como um conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado na prestação dos serviços de saúde.

Desde então surgiram uma multiplicidade de estudos sobre a satisfação dos utentes, inicialmente centrados na perspetiva da satisfação com os serviços como uma condicionante da obtenção de resultados clínicos favoráveis, vindo gradualmente a transformar-se num elemento importante a considerar na avaliação e melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Hendricks, Oort e Vrielink *et al.*, 2006). O interesse do estudo deste conceito tem-se expandido a contextos em que se tem dado maior importância ao papel dos indivíduos, como é o caso dos serviços de saúde. Neste

contexto, este crescente interesse tem tido origem quer nas mudanças de paradigma na prestação dos cuidados de saúde, em que o utente é cada vez mais visto como um elemento ativo no processo terapêutico e/ou de reabilitação, quer no reconhecimento de que as perceções dos utentes sobre os cuidados de saúde que recebem podem influenciar positivamente os resultados das intervenções. Por outro lado, os utentes dos serviços de saúde, e essencialmente nos países ocidentais e/ou industrializados, têm-se tornado mais exigentes em termos de responsabilização e de produtividade desses mesmos serviços (Hendricks, Oort e Vrielink *et al.*, 2006; Tso, Ng e Chan, 2006).

O desenvolvimento deste conceito emerge, assim, como fator de extrema importância para a prestação de cuidados de saúde e como instrumento que avalia a perceção dos utentes em relação à qualidade desses cuidados (Cleary, 1988; Kowinski, 1996, citados por Monim e Pergener, 2002).

Para Beattie, Pinto e Nelson, *et al.* (2002) e Beattie e Nelson (2008), à medida que a competição aumenta, a satisfação dos utentes com os tratamentos de fisioterapia assume um papel cada vez mais importante enquanto variável suscetível de influenciar a escolha dos utentes. Tanto mais que, quanto maior for o grau de satisfação maior é a probabilidade de estes voltarem a escolher os serviços dessa instituição ou fisioterapeuta.

Para Donabedian (1980), satisfação é fundamentalmente uma definição individual da qualidade dos cuidados que estão essencialmente relacionados com as expetativas e os valores dos utentes.

Para Ovretveit citado por Hespanhol (2008) “é o grau em que o serviço preenche as suas expetativas” (p.363). Também para Wilkin (1992), a satisfação tem especialmente a ver com as expetativas, para este autor, a satisfação representa algo que a pessoa sente quando vê preenchidos os seus desejos ou necessidades. Quando o utente chega a um serviço, tem necessidades, expetativas e desejos que espera sejam cumpridos ou preenchidos pelo prestador de serviços e isso irá determinar o seu grau de satisfação.

Alguns autores (Hall e Dornan 1988, Larsen e Rootman 1976, Locher e Dunt 1978, Savage e Armstrong 1990, citados por May 2001) definem a satisfação como a avaliação da comunicação e informação trocada entre os utentes e os profissionais de saúde. Esta é uma área em que os utentes, habitualmente, expressam insatisfação face à escassez de informação fornecida.

A satisfação define-se como uma avaliação subjetiva e individual, favorável ou não, em relação aos resultados e experiências quando associados a uma utilização de serviços (Strasser, 1993).

A satisfação pode ser definida como um juízo de valor indicativo do bem-estar proporcionado por um produto ou serviço, isto é, o utente elabora um juízo de valor acerca da forma como o serviço foi prestado e se considerar que este foi agradável, irá sentir-se satisfeito, ou se considerar que este foi desagradável, sentir-se-á insatisfeito (Oliver, 1996, citado por Kucukarslan e Schommer, 2002).

A satisfação tem de refletir a relação utente/prestador de cuidados, em que o resultado final será um processo de comparação e avaliação, podendo influenciar não só a forma como o utente procura os cuidados de saúde, mas também a manutenção da relação existente com o prestador (Sepúlveda, 1998).

Assim, a satisfação pode-se definir como uma atitude, que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e perceções, podendo definir-se enquanto atitude resultante da avaliação positiva de distintas dimensões dos cuidados de saúde, ou como “uma reação dos utentes aos cuidados de saúde que recebem, medindo a avaliação cognitiva e reação emocional do utente em relação à estrutura, processo e resultados dos serviços prestados” (Pascoe, 1983, p.189). Para o autor a satisfação é “uma variável causal que faz com que as pessoas procurem o atendimento médico e um resultado baseado em experiências anteriores” (Pascoe, 1983, p.186).

A prática da fisioterapia exige um contacto direto e prolongado com os utentes e pressupõe a existência de uma verdadeira parceria. A informação e o esclarecimento informado, essenciais para a obtenção do consentimento, são realizados através do diálogo com o utente. O Fisioterapeuta deverá ser um bom ouvinte. Frequentemente os seus utentes encontram-se debilitados, é portanto essencial tentar compreender as emoções que se escondem por detrás das palavras, respeitar sempre as suas crenças e valores e não esquecer que os utentes, com capacidade de decisão têm o direito de recusar qualquer exame, investigação ou tratamento, não podendo por isso ser alvo de represálias.

A relação estabelecida entre o utente e o Fisioterapeuta deve ser baseada na confiança e o utente deve receber a informação necessária e suficiente para participar ativamente na tomada de decisão, assim para Rodrigues (2001), “com o consentimento culmina-se uma fase e inicia-se outra: a concretização de um tratamento ou de uma avaliação com possível contacto físico, em que foi já reconhecido ao utente o direito a determinar o que

pode ser feito no seu corpo. Só assim se poderá dizer que o paciente foi tratado como sujeito e não como objeto” (Rodrigues, 2001, 27).

2.3. Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes

A satisfação do utente é considerada um elemento essencial na avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços dependentes do Ministério da Saúde. Em Portugal é reconhecida a opinião do utente, encontrando-se legislada na base XXX da Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de agosto). A evolução do conceito de saúde ao longo dos tempos permitiu que o empenho dos profissionais de saúde não esteja centrado apenas na cura. Os profissionais passaram também a dar ênfase a algumas componentes da envolvimento da saúde, como o caso da satisfação dos utentes.

Nas últimas décadas tem havido uma crescente investigação nesta área, pois a satisfação dos utentes é atualmente considerada um indicador importante, que reflete a qualidade dos cuidados prestados (May, 2001). É no ato da prestação do serviço que o utente expressa o seu agrado ou desagrado, não podendo menosprezar-se esta fonte de informação, quer pelo seu carácter gratuito e espontâneo, quer pela influência na satisfação ou insatisfação dos profissionais que estão na primeira linha de contacto, sendo importante que as organizações de saúde aprendam a analisar e a retirar conclusões desta fonte de informação (Neves, 2002).

O utente está satisfeito quando a sua experiência com o serviço supera as suas expectativas e suposições. Por outro lado fica insatisfeito quando a sua experiência com o serviço está abaixo das suas expectativas e suposições. Por todas estas razões é preciso ouvir o utente.

É preciso ouvir as pessoas, saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e por que razão. É no entanto, igualmente importante fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as percepções e as escolhas do cidadão (Sakellarides, 2003).

A opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas corretivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001, p.69).

A avaliação da satisfação dos utentes com os serviços de saúde é cada vez mais considerada uma indicação da eficácia dos cuidados prestados. Esta satisfação deve ser avaliada em função dos valores dos próprios utentes, que podem não ser os mesmos dos profissionais de saúde ou dos investigadores (Paúl, 1999).

Segundo Vuori (1994), torna-se evidente a importância do esforço em se desenvolver modelos de avaliação de satisfação nos serviços de saúde, como ferramenta estratégica de gestão, a fim de permitir a comparação dos resultados entre instituições de saúde, bem como aplicar *benchmarking*. (Sitzia, 1997; Milan e Trez, 2005). Deste modo o nível de satisfação serve como medida para verificar o desempenho global das organizações de saúde em relação às expectativas dos utentes.

Para Grol (2001), colocar o utente no centro da prestação de cuidados é uma nova e importante abordagem para a melhoria da qualidade da assistência médica. Segundo o mesmo autor existem diferentes métodos para colocar o utente no centro da prestação de cuidados: inquéritos de satisfação, procedimentos relacionados com reclamações, formação dos profissionais ao nível da comunicação, avaliação das necessidades, informações prestadas através de e-mail ou Internet, análise de decisão, entre outros.

Donabedian (1988), refere que os inquéritos de satisfação, são ferramentas estruturais que podem auxiliar os prestadores, proporcionando informação sobre as preocupações, necessidades e percepções que os utentes têm do tratamento, mas também possibilitam a identificação de áreas a melhorar, sendo decisivos para efeitos de programas de planeamento e avaliação.

Segundo Aspinall, Addington-Hall e Hughes *et al.* (2003), os métodos quantitativos são os mais utilizados, nomeadamente os questionários, que incluem a aplicação de questionários com questões de resposta fechada e associam as questões a uma escala de valores, para medir as respostas e quantificar a satisfação. Na elaboração do instrumento de medição do grau de satisfação do utente há que seleccionar uma escala. A maioria das escalas utilizadas baseia-se no modelo de Likert, em que o utente concorda ou discorda com as afirmações sobre o serviço ou profissional (Espiridão e Trad, 2005).

Para Espiridão e Trad (2005), há autores que consideram os métodos quantitativos reducionistas por não estudarem os dados subjetivos da satisfação. Os métodos qualitativos possibilitam um leque mais amplo de posições quanto à opinião acerca dos serviços de saúde. Contudo, Aspinall, Addington-Hall e Hughes *et al.* (2003), referem que estes métodos podem inibir o utente, uma vez que é necessária a presença do

investigador/entrevistador, comprometendo a honestidade das respostas, requerem mais tempo e são mais cansativos para utentes debilitados.

Todos estes métodos parecem muito promissores embora o seu valor esteja ainda pouco estudado, embora várias revisões, já efetuadas, demonstrem que colocar o utente no centro e como parte da decisão médica relaciona-se intimamente com a satisfação do utente, assim como tem resultados positivos ao nível da adesão à terapêutica.

Sepúlveda (1998), defende que a satisfação é um resultado que se deseja obter no processo de prestação de cuidados, assim como uma componente da qualidade dos cuidados de saúde. “Nunca poderá existir uma elevada qualidade de cuidados se o utente estiver insatisfeito” (p.37).

A satisfação funciona como indicador de qualidade ou julgamento dos cuidados prestados, na medida em que reflete as visões dos utentes, quer com as características do processo que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expetativas (Fitzpatrick, 1991; Silva, 1999).

Atualmente, a noção de saúde é bastante subjetiva e personalizada o que leva a que se evolua para uma definição de qualidade mais individualizada tendo em consideração as expetativas que o paciente detém. Tendo como base esta definição justifica-se incluir a satisfação do paciente como uma componente de qualidade.

No contexto da realidade Portuguesa os fatores propostos por Donabedian (1980), nunca foram aplicados na totalidade, especialmente ao nível da “estrutura”, que se debruça sobre as características dos serviços prestadores (físicos, organizacionais e humanos) em que decorre o ato de saúde. No “processo” avalia-se qualidade técnico-científica, desempenho profissional, cumprimentos de protocolos, ou seja, analisa os aspetos dinâmicos do processo assistencial e a forma como os cuidados são prestados tendo em conta o problema de saúde em si. Tem-se dado maior ênfase aos resultados nos estudos efetuados sobre a satisfação do utente uma vez que são mais utilizados para avaliar a qualidade, cujo enfoque dominante é a avaliação das efetivas mudanças no estado de saúde dos utentes após as intervenções de saúde, ou seja, permite saber quais as melhorias obtidas com os cuidados proporcionados. Contudo a qualidade dos cuidados prestados só poderá ser assegurada quando se compreender o modo como a estrutura influencia o processo e o processo influencia os resultados.

Esta noção de qualidade está relacionada com a satisfação dos indivíduos ou das populações, não só para as necessidades sentidas ou expressas, como também para aquelas que os profissionais consideram reais, no presente ou num futuro próximo.

Durante os últimos anos a avaliação da satisfação com os cuidados de saúde ganhou enorme importância como medida de qualidade na prestação de cuidados de saúde públicos. Esta preocupação estende-se às entidades responsáveis pela definição da política de saúde. Sendo estratégia definida, a vontade de “assumir a centralidade do cidadão nas suas manifestações mais tangíveis como o de aceder pronta e facilmente a cuidados de saúde de qualidade e a institucionalização de um sistema de qualidade na saúde, com todas as garantias que ele comporta para o cidadão e para os profissionais” (Ministério da Saúde, 1999, p.15).

Neste contexto, McIntyre e Silva (1999) referem que a perspetiva do utente é considerada indispensável, tanto para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde como para identificar problemas a corrigir; expectativas em relação aos cuidados, bem como, organizar os serviços de saúde.

De acordo com Vuori (1991), o termo qualidade pode referir-se à eficácia, eficiência, aceitabilidade, acessibilidade, adequação, equidade e qualidade técnico-científica dos cuidados. Neste contexto, Vuori identificou três possíveis funções para a satisfação dos doentes:

- Pode servir como um atributo para a qualidade dos cuidados, indicando que estes podem não ser de grande qualidade, a menos que o utente esteja satisfeito;
- Pode ser um indicador para a qualidade, refletindo o ponto de vista do utente em relação aos cuidados recebidos;
- E pode ainda funcionar como pré-condição dos cuidados de qualidade, assumindo que quantos mais satisfeitos estiverem os utentes, mais eficazmente cooperarão no tratamento, tendo assim mais hipóteses de voltar aos serviços.

Tanto Donabedian (1983) como Vuori (1991) sintetizam com elevado grau de concordância, a ligação do tema satisfação ao de qualidade global dos cuidados de saúde. Donabedian (1983) salienta ser a satisfação um resultado a garantir e Vuori (1991) lhe confere o carácter de atributo (ou seja de resultados) dos bons cuidados de saúde, isto é, encaram a satisfação do utente enquanto resultado desejado e legítimo do processo de prestação de cuidados. Trata-se então de uma componente da noção de qualidade, pois esta última não será alta, caso o paciente/doente fique insatisfeito.

Segundo Fitzpatrick (1991), existem três razões para que os profissionais de saúde considerem a satisfação dos utentes como medida de qualidade:

- Serve de prognóstico para se saber se os utentes seguem as recomendações de tratamento, se voltam de novo aos serviços ou se mudam de prestadores de cuidados;
- Dá feedback sistemático dos utentes podendo auxiliar na escolha entre alternativas de prestação ou organizativas (por exemplo, o prolongamento das consultas para além das horas habituais);
- Permite a avaliação de abordagens terapêuticas e modelos de comunicação.

Sabendo-se que utentes satisfeitos ou insatisfeitos se comportam de modo diferente, e tendo em conta que a satisfação dos utentes pode influenciar a qualidade dos cuidados e os resultados do tratamento (Hudak e Wright, 2000), esta informação pode ser relevante e válida para os profissionais de saúde.

Ultimamente em Fisioterapia, a perspetiva do utente face aos cuidados de saúde que lhe são prestados tem sido levado em conta, sendo mesmo parte integrante da pesquisa referente aos efeitos e benefícios, como pode ser constatado no número de estudos referentes ao grau de satisfação dos utentes (Hills e Kitchen, 2007).

A avaliação do nível de satisfação dos utentes possibilitará, perceber se estão a ser cumpridos os objetivos da prestação de cuidados e com que qualidade; identificar as razões que conduzem à satisfação e à insatisfação; detetar deficiências às quais só se tem acesso ouvindo a opinião dos utentes e identificar e conhecer problemas para os poder corrigir (Filho, 1990).

Para Cabral, Silva e Mendes (2002), é importante registar que a avaliação dos utentes de diferentes países em relação ao seu sistema de saúde é sempre muito positiva. Inquéritos no Canada, na Finlândia e na Jugoslávia mostraram que apenas 5% dos inquiridos afirmaram estarem insatisfeitos com cuidados médicos, não havendo grandes diferenças entre esses países. Perante uma avaliação tão positiva e constante por parte dos utentes, alguns críticos dos resultados obtidos com este tipo de estudos questionaram-se sobre a possibilidade da investigação dos níveis de satisfação dos doentes funcionarem com uma forma de legitimar a posição dos gestores do sistema e pretenderem assim evitar reformas contrapondo através de apresentação de altas taxas de satisfação.

Sempre que as expetativas dos utentes forem excedidas, o grau de satisfação é elevado e, por outro lado, se os cuidados recebidos estiverem aquém das expetativas, o utente refere insatisfação (Vicente, Castrejón e Delgado *et al.*, 2007)

Assim, os estudos relativos ao grau de satisfação dos utentes são uma fonte de informação muito importante devendo fazer parte da organização interna das instituições de saúde, de forma a detetar problemas e pontos fracos, para que possam ser tomadas medidas apropriadas para a resolução dos mesmos (Vicente, Castrejón e Delgado *et al.*, 2007)

“O grau de satisfação dos utentes pode ser influenciado por múltiplos aspetos relacionados com as características e os atributos dos utentes com as suas experiências anteriores, com variáveis de contexto e com as expetativas dos utentes sobre as diferentes dimensões da satisfação”(Ribeiro 2003, p.15).

2.4. Dimensões da satisfação

Sendo a satisfação um conceito multidimensional, existem variadíssimas respostas em relação a diversos aspetos dos cuidados de saúde. É um facto evidente, que os utentes sabem distinguir entre esses aspetos, quando julgam a sua qualidade (Fitzpatrick, 1984; Rubin, 1990, citados por Sitzia e Wood, 1997; Ware, 1981).

Vários autores têm identificado diversos fatores que podem influenciar a satisfação do utente.

Uma revisão da literatura de Keith (1998) sobre satisfação dos utentes de serviços de saúde em reabilitação demonstra que os aspetos interpessoais e a comunicação são os indicadores preditivos de satisfação mais importantes, enquanto a idade, educação e estatuto social estão pouco relacionados com o nível de satisfação. Esta investigação conclui ainda que as medidas da satisfação dos utentes em reabilitação devem incluir Aspetos relacionados com os progressos alcançados e o grau de retorno a uma vida independente.

Contudo, os estudos existentes sobre a influência destes fatores na satisfação dos utentes são, por vezes, inconclusivos, variando de autor para autor (Fitzpatrick, 1991; Linder-Pelz, 1982; Hall & Dornan, 1988, citados por May, 2001).

As dimensões que os investigadores identificam com maior frequência, para medir a satisfação dos utentes são: Acessibilidade/Conveniência, Disponibilidade, Continuidade de cuidados, Aspetos financeiros e Qualidade de cuidados (estando incluídos os Aspetos interpessoais, Aspetos técnicos e a satisfação com os resultados).

As dimensões da satisfação englobam aspetos dos serviços tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspetos da relação médico-paciente, entre outros. A escolha destas dimensões condiciona e determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios utilizados na seleção dos métodos. Diversas classificações das dimensões da satisfação têm sido propostas, algumas adequadas apenas para alguns tipos de serviços de saúde, outras procurando um modelo abrangente.

Segundo Ware, Snyder e Wright *et al.* (1983), existem 8 dimensões que mais frequentemente influenciam a satisfação do utente:

1. Aspetos interpessoais: forma como os prestadores de cuidados interagem com os utentes (respeito, preocupação, amizade, cortesia);
2. Aspetos Técnicos dos cuidados de saúde: competência e adesão a altos critérios de diagnóstico e tratamento;
3. Acessibilidade/Conveniência: tempo de espera, facilidade de acesso;
4. Continuidade dos cuidados: regularidade de cuidados tendo em conta a mesma facilidade, a mesma localização e o mesmo prestador, ou menos frequentemente, tem sido definido em termos de disponibilidade de um registo clínico contínuo em todas as visitas efetuadas pelo doente;
5. Aspetos financeiros;
6. Eficácia/resultados do cuidado;
7. Ambiente Físico: ambientes bem sinalizados, equipamentos, atmosfera agradável;
8. Disponibilidade: presença de recursos médicos (quantidade suficiente de prestadores).

Swan (1985), apresenta quatro ideias básicas que considera estarem implícitas na satisfação com os cuidados de saúde:

1. Perceção de desempenho;
2. Confirmação das expectativas relativos ao desempenho e da perceção sobre o tratamento equitativo;
3. Satisfação global;
4. Intenção em voltar ou não.

Para Santos (1993), este modelo mostrou que equidade, o sentimento de que se foi tratado justa ou injustamente, é parte importante no processo.

A base para muitos estudos realizados nesta área continua a ser o quadro teórico de Weiss (1988), em que segundo o autor existem 4 fatores que mais frequentemente estão relacionados com a satisfação:

1. Características pessoais do utente: as características sócio-demográficas, estado de saúde e expectativas relativas aos cuidados a serem prestados;
2. Características do prestador de cuidados: dando ênfase à personalidade e técnica dos cuidados dispensados;
3. Aspetos da relação entre utente/prestador: inclui a perceção da comunicação e os resultados dos cuidados dispensados;
4. Fatores estruturais e de localização: inclui a acessibilidade, disponibilidade, continuidade de cuidados, aspetos financeiros e tempo de tratamento.

Aspetos relevantes para a avaliação da satisfação do utente, é o que vamos seguidamente analisar.

2.4.1. Aspetos interpessoais dos cuidados de saúde

Os aspetos interpessoais dos cuidados de saúde, estão dependentes do respeito mútuo, interesse e entendimento. Os aspetos interpessoais são considerados a principal dimensão da satisfação, constituída principalmente por dois fatores: comunicação e empatia (Cleary et al, 1988; Pascoe, 1983; Lewis, 1994, Hall & Dornann, 1988, Green et al, 1994; citados por Keith, 1998).

A empatia é a capacidade de entender o mundo interior emocional e vivencial de outras pessoas e é por isso mesmo, a base da interação com outras pessoas. Empatia significa prestar cuidados tendo como base a relação e centrando-se na mesma. Aos profissionais afáveis, amistosos, atenciosos e sensíveis às necessidades dos utentes são atribuídos níveis mais elevados de satisfação (King, King e Rosenbaum, 1996; Martin, Roy e Wells, 1997).

Os aspetos mais correlacionados com a satisfação geral do utente em Fisioterapia relacionam-se com a qualidade da interação terapeuta/utente, como o respeito com que

o fisioterapeuta trata o utente, explica o tratamento ou responde a perguntas do utente (May, 2001; Beattie, 2008).

A qualidade da comunicação expressa pelo Fisioterapeuta é considerado um fator importante para a relação interpessoal terapeuta/utente (Maffett e Richardson 1997, citados por Gard, Gyllensten e Salford *et al.*, 2000). O mesmo autor verificou que as emoções expressas verbalmente podem ser importantes para a interação entre Fisioterapeuta e utente, durante o tratamento.

Trede (2000) e Cooper (2008) concluíram que todos os utentes identificavam as atitudes e capacidade de comunicação do Fisioterapeuta como as ferramentas de ensino mais eficazes. Estes defendem uma relação aberta entre Fisioterapeuta e o utente, uma relação que encoraje o diálogo, a ação e reflexão nos progressos conseguidos e que afaste expectativas irrealistas e interpretações erradas no que respeita à recuperação, incentivando uma mudança substancial e real do comportamento para tornar o processo educativo mais eficaz. Trede (2000) verificou que todos os utentes valorizam uma boa relação interpessoal com os seus Fisioterapeutas, como sendo a ferramenta mais eficaz de aprendizagem. Um outro aspeto indicado, foi a relação aberta entre Fisioterapeuta/utente, na medida em que uma boa capacidade de comunicação possibilita a obtenção de melhores resultados nos tratamentos, levando a uma maior satisfação por parte dos utentes.

A perceção do problema e a aquisição de estratégias de auto tratamento no alívio da dor, mesmo que estas não obtenham resultados eficazes, são fatores que levam a um aumento da satisfação nos utentes com doenças crónicas (May, 2001).

Assim, o Fisioterapeuta dever-se-á posicionar sempre como coautor das relações que se estabelecem no encontro, esforçando-se por estar em harmonia com o utente e consigo próprio promovendo relações de qualidade.

2.4.2. Aspetos Técnicos dos cuidados de saúde

As perceções das competências técnicas contribuem de forma incerta para a satisfação, embora utentes e profissionais possam concordar em vários aspetos da qualidade técnica dos cuidados (Keith, 1998; Fitzpatrick, 1984).

A maioria dos profissionais de saúde presume que a qualidade dos cuidados é determinada primariamente pela competência técnica daqueles que prestam cuidados

(Cleary e McNeil, 1988). Embora seja difícil para os utentes avaliarem a qualidade técnica dos cuidados, são os que melhor avaliam os resultados alcançados com esses cuidados (Donabedian, 1992; Stizia e Wood, 1997).

A satisfação está relacionada com a percepção de capacidades técnicas, inteligência e qualificações, sendo que as competências comunicacionais e interpessoais têm um grande peso na variação da satisfação do utente (Cleary e McNeil, 1988, Stizia e Wood, 1997).

A qualidade técnica dos cuidados prestados, não é só definida pela qualidade técnica dos prestadores, mas também pelos resultados alcançados, aspeto esse que quem melhor avalia é o utente.

2.4.3. Acessibilidade e continuidade dos cuidados

Estudos referem uma correlação positiva destes dois fatores com a satisfação do utente (Cleary e McNeil, 1988).

Esta dimensão engloba os aspetos relacionados com todo o processo e procedimentos necessários para os utentes frequentarem o serviço ou instituição, engloba o acesso à instituição e serviço, o tempo e esforço despendido para ser admitido, tempo despendido para marcação de tratamento, podendo ser por telefone ou não, tempo de espera entre a consulta e o início dos tratamentos, horários disponíveis, tempos de espera e disponibilidade de informação sobre o utente, tendo em conta a facilidade, localização e prestação de cuidados (Ware, Davies-Avery e Stewart, 1978).

Dada a elevada frequência de deslocações dos utentes aos locais de tratamento, esta dimensão assume uma grande importância, como demonstraram Roush e Sonstroem (1999), ao desenvolverem um instrumento de avaliação da satisfação para a Fisioterapia.

Um dos fatores que contribui para a satisfação do utente é a existência de uma fonte regular de cuidados e o facto de eles serem prestados pelo mesmo profissional (Locchman, 1983, citado por Cleary e McNeil, 1988).

Estudos de Hulka *et al* (1975) e Weinberger *et al* (1981), citados por Weiss, (1988), demonstram que os utentes que há mais tempo são seguidos pelo mesmo médico, são aqueles que apresentam maior grau de satisfação. Do mesmo modo, os estudos de Linn (1973, citado por Weiss 1988), comprovam que os utentes que já tinham um

conhecimento prévio do médico, se encontravam mais satisfeitos com os cuidados recebidos.

2.4.4. Aspetos Financeiros

Para Baker (1997), quanto mais altos são os custos, menor é o grau de satisfação dos utentes. Apesar de estudos darem a ideia de que os utentes com serviços de saúde comparticipados, estarem mais satisfeitos do que, aqueles que recebem cuidados através de pré pagamento, há exceções. No estudo de Mechanic *et al* (1980), verificou que os utentes em serviços com pré-pagamento e de clínicas, ficam tendencialmente mais satisfeitos, do que aqueles que frequentam os serviços comparticipados, em relação a algumas variedades das dimensões de cuidados (citado por Cleary e MacNeil, 1988).

Em Portugal existe uma desadequação dos preços praticados face à procura e oferta atual na área de fisioterapia (Portugal. Entidade Reguladora da Saúde, 2006) assim como uma desigualdade e desajustamento da oferta regional de cuidados face às necessidades populacionais, superiores aos restantes cuidados de saúde (Portugal. Entidade Reguladora da Saúde, 2008).

A forma como os cuidados estão organizados e financiados influenciam a satisfação do utente, principalmente a dos utentes externos (Cleary e McNeil, 1988).

Num país como o nosso, em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é tendencialmente gratuito, os custos para o tratamento são mínimos comparados com outros países, como por exemplo os E.U.A., obtendo-se resultados de satisfação normalmente elevados.

2.4.5. Eficácia/Resultado Clínico

A satisfação dos utentes em relação aos cuidados de saúde recebidos, é visto como uma importante componente na avaliação da qualidade de cuidados prestados. A relação entre *outcomes* em saúde e a satisfação dos utentes tem sido utilizada para explicar a adesão para com os cuidados médicos e o grau de relacionamento utentes/prestador de cuidados (Linder-Peltz, 1982; Hall et al, 1983, citados por Kane, 1997). Segundo Kane (1997), os resultados do tratamento podem dividir-se em três tipos:

- Resultados Relativos, baseiam-se na comparação entre a avaliação antes e após o tratamento.
- Resultados Absolutos, baseiam-se na avaliação após o tratamento.
- Resultados Retrospectivos, são aqueles onde é pedido ao utente que se recorde do seu estado antes do tratamento, e o compare com a sua situação atual.

Neste estudo o autor concluiu, que os resultados do tratamento estão associados à satisfação do utente, sendo maior para os resultados absolutos do que para os relativos. Os utentes são mais influenciados pelo seu estado atual do que pela evolução sofrida. Por seu lado, Linn et al. e Roberts et al. (1982; 1983), citados por Kane (1997), verificaram que os utentes menos satisfeitos com a eficácia e qualidade técnica dos cuidados prestados, eram aqueles que apresentavam uma recuperação mais lenta.

Hudak e Wright (2000), proporcionaram uma excelente revisão das características e da utilização das medidas de satisfação. Referem estes autores que é importante diferenciar entre a satisfação, relativamente aos resultados do tratamento, e a satisfação, relativamente aos cuidados recebidos. A satisfação do utente com os resultados, refere-se a isso mesmo, aos resultados do tratamento, enquanto a satisfação com os cuidados reflete os cuidados que o utente recebeu durante todo o processo. Os utentes podem e fazem julgamentos diferentes dos cuidados e dos resultados do tratamento, sendo que para muitos os resultados são o mais importante (Hudak e Wright, 2000).

2.4.6. Ambiente Físico

O ambiente hospitalar integra interações complexas que exigem que a conceção do sistema seja ergonomicamente adequada às funções, quer em termos ambientais, quer no que diz respeito a componentes funcionais e de segurança de profissionais, doentes e seus acompanhantes, que o utilizam. Muitos erros são cometidos por deficientes condições de trabalho. Destas condições resultam muitas vezes danos, não só para os utentes, como para os próprios profissionais de saúde, que poderiam ser prevenidos com a implementação de medidas ergonómicas.

Segundo Miguel (2004), “a função Higiene e Segurança ou Prevenção é essencialmente uma função consultiva” (p.72), uma vez que o seu objetivo reside na informação, no aconselhamento, na motivação e na coordenação, remetendo para a hierarquia a direção e execução das soluções que propõe” (p.72). As medidas de segurança devem

ser metodicamente programadas e integradas na gestão da organização, com vista a uma metodologia de trabalho consequente, sem intervenções ou correções isoladas.

Roush e Sonstroem (1999) concluem que a satisfação dos utentes parece ser influenciada por aspetos não clínicos, como a localização do serviço. A dificuldade de estacionamento nas instituições tem sido também relacionada com a insatisfação dos utentes (Abramowitz, 1987, citado por Stizia e Wood, 1997).

Os utentes que estão mais satisfeitos com os cuidados de saúde recebidos, são aqueles que continuam a relação com o profissional de saúde, que procuram cuidados adicionais quando necessitam e que aderem mais facilmente aos programas de tratamento recomendados (Bush et al, 1993; Nitse e Rushing, 1996, citados por Beattie, Pinto e Nelson *et al*, 2002). Os estudos demonstram consistentemente que a insatisfação está relacionada com a intenção de deixar os serviços, havendo igualmente um menor desejo de voltar ao mesmo profissional (Pascoe, 1983).

2.4.7. As expetativas como determinantes da satisfação

O termo expetativas é definido e conceptualizado na literatura de diversas formas (Thompson e Sunol, 1995). Uhlmann, Inui e Carter (1984) definiram expetativas como uma antecipação de eventos prováveis de ocorrer durante ou como resultado de um serviço. Kravitz (1996) definiu expetativas como uma antecipação ou desejo que atua como um indicador de um padrão de cuidado esperado. Zemencuk, Feightner e Hayward *et al.* (1998) definiram também expetativas como a perceção da probabilidade de receberem determinados cuidados.

Miller (1977) referem quatro tipos de expetativas: ideal, preditiva, normativa e a não formada. Os autores definem a expectativa ideal como um estado idealístico por referência a resultados desejados ou preferidos. Contrariamente, a expectativa preditiva refere-se a um estado realístico, por referência a resultados esperados. Resultam de experiências pessoais, experiências relatadas por outros, e de outras fontes de informação como os media. A expectativa normativa representa o que é suposto acontecer. Enquanto a expectativa não formada ocorre quando não existe expectativa ou por incapacidade de expressão.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) fazem uma importante distinção entre as diferentes definições do termo expetativas, afirmando que as definições dependem do contexto em que surgem. O aumento da literatura disponível sobre este tema vem trazer

alguma confusão e falta de um enquadramento conceptual claro sobre a definição de expetativas (Kravitz, 1996). Williams, Weinman e Dale *et al.* (1995), por exemplo, consideram expetativas como necessidades, pedidos ou desejos formados antes de uma consulta. De forma semelhante, Kravitz (2001) e Perron, Secretan e Vannotti *et al.* (2003) definem as expetativas dos utentes como desejos.

É importante distinguir estes dois termos com vista a entendermos as expetativas. Desejos são percepções daquilo que queremos que os cuidados sejam (Zemencuk, Feightner e Hayward 1998), isto é, desejos de determinado serviço médico. Contrariamente às expetativas, os desejos refletem primariamente a valoração e percepção de que se quer um determinado evento (Uhlmann, Inui e Carter, 1984). Contudo os indivíduos podem experimentar um serviço não esperado ou até não desejado. Pedidos são definidos como desejos transmitidos verbalmente ao profissional de saúde (Kravitz, 2001), e ao contrário dos desejos e expetativas que apenas podem ser medidas através de autoavaliação, os pedidos são um comportamento observável.

2.4.7.1. Teoria das expetativas

Uma das primeiras teorias de explicação das expetativas é a Teoria de Valor expectante (*Expectancy Value Theory*) (Fishbein e Ajzen, 1975), que sugere uma relação entre crenças e atitudes. De acordo com esta teoria, as ações dos indivíduos produzem consequências, e que estes aprendem, a partir do seu comportamento, a associar determinadas consequências a atributos (Fishbein e Ajzen, 1975). De um modo geral, existe consenso de que as expetativas são crenças que se forma, moldam e mantêm através de processos cognitivos. Contudo, outros autores sugerem um efeito combinado de aspetos cognitivos e afetivos como causa das expetativas (Thompson e Sunol, 1995).

Outro modelo, proposto por Parasuraman, Berry e Zeithaml (1991), refere que as expetativas são duplamente niveladas e dinâmicas. Estes autores definem dois níveis de expetativas: nível desejado, que corresponde ao serviço que o indivíduo deseja receber, e o nível adequado, que corresponde ao nível que o indivíduo considera aceitável, entre estes dois níveis existe uma zona de tolerância, que pode expandir-se ou contrair, de acordo com o contexto e de indivíduo para indivíduo. Contrariamente às investigações anteriores, que restringem as expetativas aos resultados, este modelo considera a distinção entre resultados e o processo das expetativas (Thompson e Sunol, 1995).

Outra teoria que considera o processo cognitivo é a Teoria da Confirmação da expetativa (*Disconfirmation Expectancy Theory*), em que o indivíduo demonstra satisfação quando

recebe aquilo que esperava do serviço ou mais do que esperava. De acordo com este modelo dois componentes cognitivos têm um importante papel no processo de confirmação ou cancelamento das expetativas: capacidade de formar expetativas baseadas num cenário antecipado e capacidade de julgar o serviço prestado (Thompson e Sunol, 1995).

Kravitz (1996) sugerem que cada utente que se desloca a um serviço de saúde tem uma percepção única da sua vulnerabilidade à doença, experiências passadas, e armazena conhecimentos adquiridos. Estes antecedentes influenciam a interpretação dos sintomas e levam a uma formulação de expetativas e ao estabelecimento de um padrão implícito de cuidados (Kravitz, 1996; Kravitz, 2001). A avaliação do serviço prestado resulta da comparação entre percepções de ocorrências e expetativas (Kravitz, 2001). Uma característica importante do seu modelo é a interação bidirecional entre as expetativas e as ocorrências reais. As expetativas dos utentes podem modificar ocorrências reais durante a consulta através de pedidos diretos, conduzindo a uma avaliação diferente. De forma semelhante, as ocorrências reais podem também influenciar as expetativas.

Conway e Willcocks (1997) descrevem a forma como as expetativas são formadas no que se diz respeito a quatro elementos-chave: expetativas, experiências, confirmação das expetativas e grau de satisfação do utente. Um conjunto de fatores, incluindo características pessoais, nível socioeconómico, experiências e conhecimento prévio, nível de risco/dor percecionado, imagem do prestador de cuidados e informação, influencia a formação e moldagem de um conjunto de expetativas relacionadas com um determinado serviço prestado e consequentemente com o nível de satisfação.

Foram identificadas cinco dimensões das expetativas na literatura (Parasuraman, Berry e Zeithaml, 1991): confiança (capacidade de fornecer o serviço prometido), capacidade de resposta (fornecer o serviço no imediato), tangível (como por exemplo, equipamento, instalações adequadas), garantia (conhecimento do prestador e capacidade de inspirar segurança e confiança), e empatia (cuidado e atenção individualizada ao utente). A garantia e empatia cobrem outras sete dimensões originais: comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, compreensão, e acesso (Parasuraman, Berry e Zeithaml, 1991). Thompson e Sunol (1995) identificam três grupos de fatores que influenciam o processo de formação e modificação das expetativas: aspetos pessoais (por exemplo, necessidade, valores, experiências, intenções, humor) e influências sociais (por exemplo, normas sociais, aspetos sociodemográficos) que combinam aspetos de natureza cognitiva e afetiva, em conjunto com um terceiro grupo de influências relacionadas com o contexto em que a relação é estabelecida, isto é, o ambiente dos serviços de saúde.

2.4.7.2. Expetativas dos utentes

As expetativas da maioria dos utentes relacionam-se com aspetos de natureza geral: expectativa de receberem informação do profissional de saúde ou de este o escutar e demonstrar interesse (Moral, Torres e Martin, 2007). Independentemente da causa por que foram consultados, as expetativas mais valorizadas relaciona-se com a obtenção de um diagnóstico preciso e uma explicação adequada do problema (Deyo e Diehl, 1986; Kravitz, Cope e Bhrany *et al.*, 1994; Williams, Weinman e Dale *et al.*, 1995). Outros estudos sugerem que as expetativas mais comuns relacionam-se com a compreensão do profissional de saúde, a demonstração de interesse e discussão de problemas e dúvidas (Kravitz, Cope e Bhrany *et al.*, 1994, Moral, Torres e Martin, 2007). Embora pareça que as intervenções técnicas (por exemplo, testes e prescrições) são uma prioridade para os utentes, a evidência sugere que de uma forma geral os utentes valorizam mais a informação e suporte prestado. Uma revisão de Verbeek, Sengers e Riemens *et al.* (2004) sobre as expetativas de utentes de consultas gerais se relaciona com um diagnóstico claro, informação, educação, aconselhamento, exame físico, alívio da dor, encaminhamento para um especialista, assim como expetativas de uma relação baseada na confiança que envolva compreensão, audição dos problemas, respeito, e inclusão no processo de decisão. Uma investigação recente de Georgy (2011) procurou investigar as expetativas de utentes de consultas de clínicas gerais relacionadas com lombalgias, através do desenvolvimento e aplicação de um questionário, utilizando-o para medir o nível de alcance das expetativas e analisar a importância dessas mesmas expetativas com os diversos aspetos da consulta. Os resultados demonstraram que o inquérito é uma ferramenta válida e de confiança para medir o alcance das expetativas médico-utente. Os resultados revelaram ainda que os utentes demonstram alguma dificuldade em expressar as suas expetativas e os médicos alguma dificuldade em questionar o utente quanto a expetativas não alcançadas. Quer médicos, quer utentes partilham expetativas maioritariamente relacionadas com uma comunicação aberta, empatia, satisfação e aderência. Estas expetativas comuns foram percecionadas como estando relacionadas como um indicador de qualidade da consulta. Considerando os diversos desafios e dificuldades ao nível da prestação de cuidados, conciliar as expetativas dos utentes e profissionais surge como potencial para melhorar a experiência dos cuidados em termos de processo e resultado.

2.4.7.3. Expetativas e Satisfação

Como resultado das diferentes abordagens metodológicas, os resultados dos estudos que relacionam as expetativas com a satisfação são algo inconsistentes (Ahmed e Sophie, 1999).

Diversos estudos utilizaram o conceito de expetativas alcançadas para medir a satisfação de um prestador de serviços, sugerindo uma relação direta entre expetativas não alcançadas e um baixo grau de satisfação, e vice-versa (Joos, Hickam e Borders, , 1993, Williams, Weinman e Dale *et al.*, 1995, Zebiene, Razguskas e Basys *et al.*, 2004). Contudo, outros estudos demonstram resultados controversos relacionados com esta associação (Peck, Ubel e Roter *et al.*, 2004, Padmashree e Isaacs, 2007). Brody, Miller e Lerman *et al.* (1989) sugerem que a satisfação se relaciona com expetativas alcançadas relativamente a aspetos não técnicos, como a educação e o aconselhamento, mas não relativamente a aspetos técnicos, como exames ou medicação.

Um estudo de Potter, Gordon e Hamer (2003) procurou identificar as perceções dos Fisioterapeutas quanto às expetativas dos utentes e quanto às expetativas dos utentes com o Fisioterapeuta. Foram identificadas três áreas comuns: necessidades físicas, comunicação e comportamento. Os Fisioterapeutas apresentam expetativas de que os utentes queiram participar na reabilitação. Expetativas compartilhadas com os utentes que esperam que os fisioterapeutas os envolvam no tratamento através de exercícios que o utente possa efetuar sozinho. Relativamente à comunicação os utentes esperam que o Fisioterapeuta forneça informação relativa ao diagnóstico e prognóstico assim como explicações sobre a doença e o tratamento. Relativamente a necessidades físicas os Fisioterapeutas referiam ausência de dor, instalações confortáveis e limpas, mas contrariamente os doentes esperam estratégias e exercícios que possam executar autonomamente. Jennings, Heiner, Loan *et al.* (2005) referem que quando as expetativas dos utentes coincidem com as expetativas dos profissionais de saúde atinge-se o maior grau de satisfação.

Um artigo de revisão de Keith (1998) sugere que indivíduos mais velhos, com níveis de escolaridade mais baixos ou em melhor estado de saúde apresentam níveis de satisfação mais elevados, os quais estão intimamente relacionados com a aderência ao tratamento. Esta revisão demonstra ainda que os aspetos interpessoais, cuidado demonstrado, sensibilidade e comunicação, são as variáveis mais valorizadas, enquanto o contributo dos conhecimentos técnicos permanece desconhecido. Os resultados clínicos têm também sido relacionados com a satisfação dos utentes, embora a investigação a este nível seja ainda muito pouca.

Em 2008, uma investigação do grupo de Beattie confirmou que os aspetos mais correlacionada com a satisfação geral do doente em Fisioterapia foram os relacionados com a Qualidade da interação Terapeuta/Doente, como o respeito como o fisioterapeuta tratou o doente explicou o tratamento ou respondeu perguntas do doente (Beattie e Nelson 2008).

O Fisioterapeuta tem o papel de educador de excelência, tal como outro profissional neste papel, tem que ter presentes, para além de competências da área da saúde, um conjunto de competências que vão desde áreas como as ciências educacionais, as ciências do comportamento, até às ciências da comunicação e que suportam as teorias de educação para a saúde, ajudando na seleção dos métodos e estratégias adequados (Andrade, 1995).

3. Medicina Física e Reabilitação

A Medicina Física e Reabilitação é uma área de especialização médica com o objetivo de contribuir para a reabilitação/recuperação do indivíduo afetado funcionalmente por uma doença ou um traumatismo (...). É no âmbito desta especialidade médica que são prestados, entre outros, cuidados de fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional. (Entidade Reguladora da Saúde, 2008, p.3).

A Fisioterapia é, hoje em dia, uma profissão autónoma, que pressupõe a posse de habilitações de nível superior, legalmente reconhecidas pela legislação portuguesa, (Decreto-Lei nº261/93, de 24 de julho) e o respeito por um código ético e normas deontológicas específicas.

Em Portugal, segundo o Decreto-Lei nº261/93, surgiu a primeira e até agora única definição de Fisioterapia. O Ministério da Saúde, no âmbito do processo de regulamentação global das profissões paramédicas, define-a da seguinte forma: "A fisioterapia centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida" (p.3996).

Esta definição caracteriza a profissão, enquadrando a especificidade dos seus processos de intervenção, numa lógica de complementaridade com as restantes profissões de saúde. Menciona que a identidade da fisioterapia reside no seu modelo de intervenção, centrado numa avaliação sistemática, numa perspetiva de resolução de problemas (processo da fisioterapia), e na natureza dos seus meios de intervenção, que são genericamente descritos como essencialmente baseados no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais. Vê-se aqui igualmente plasmado, como inerente à própria profissão, a função de educador.

A fisioterapia, como profissão autónoma, tem um campo de intervenção que vai desde a promoção da saúde e prevenção da doença, à prestação de cuidados diretos, assim como à prevenção de incapacidades e deformidades "programas de educação para o

movimento, no campo da saúde do idoso, seu acompanhamento no domicílio na perspectiva de ensino aos familiares, eliminação de barreiras arquitetónicas” (Souza Guerra, 2005, p.2). A sua contribuição deve portanto ser encarada como recurso autónomo, integrado a todos os níveis da prestação de cuidados.

Em Portugal, a progressiva especialização dos médicos levou em 1970 ao aparecimento da especialidade de Medicina Física e Reabilitação e, em regra, o acesso do doente ao fisioterapeuta é mediatizado pelo médico fisiatra. Mas em países como a Alemanha, a Irlanda ou o Reino Unido, onde essa especialidade médica não existe, os fisioterapeutas são profissionais de primeiro contacto do utente com os cuidados de saúde.

A atual configuração e enquadramento da prestação de cuidados de Fisioterapia tornam assim a sua intervenção demasiado redutora na medida em que surge, fundamentalmente como resultado de uma referência médica e da especialidade de Medicina Física e Reabilitação, decorrendo a sua intervenção das necessidades ligadas a complicações gerais, doença ou trauma.

Já à luz do novo paradigma da saúde, o próprio conceito de Reabilitação deve ser encarado com uma dimensão que pode, e deve, ir além da causa física/biológica imediata. Deve estar enquadrada num modelo de prestação integrado, articulando diversos níveis de prestação de cuidados com um conjunto de outros setores (Santos, Westphal, 1999).

3.1. Medicina Física e Reabilitação no HDS. E.P.E

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação (SMFR) integra-se na área dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT). Constitui um dos pilares fundamentais de medicina moderna e particularmente da atividade hospitalar, não só pela sua diferenciação mas também pelo papel que desempenha no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

A Missão do Serviço de Medicina Física e Reabilitação é “prestar cuidados de saúde de qualidade em reabilitação, com maximização dos recursos, promovendo a funcionalidade e satisfação dos utentes”. O SMFR localiza-se no piso 0 do HDS, facilitando a acessibilidade dos utentes ao mesmo. Inaugurado em 1985, o HDS tem atualmente uma lotação ativa de 414 camas, dispõe de valências básicas, valências intermédias e outras diferenciadas, com responsabilidades no âmbito do Distrito de Santarém.

Figura nº. 7: Hospital Distrital de Santarém



A missão do Hospital de Santarém é “prestar cuidados de saúde de qualidade, acessíveis, em tempo oportuno, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável”. A sua visão é “ser um hospital de referência pela capacidade de resposta às necessidades dos utentes e pela qualidade técnica e humana dos profissionais de forma a ser reconhecido como um dos melhores hospitais do Serviço Nacional de Saúde”.

O HDS conheceu, em poucos anos diferentes estatutos jurídicos. Até dezembro de 2002 pertencia ao Setor Público Administrativo (SPA), data a partir da qual foi transformado em Sociedade Anónima (SA), de capitais exclusivamente públicos, adotando desde então uma gestão de tipo empresarial. O Hospital Distrital de Santarém, S.A passou a Hospital Distrital de Santarém, E.P.E, através do Decreto - Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro. O objetivo foi possibilitar uma maior intervenção ao nível das orientações estratégicas da tutela e superintendência dos Ministérios das Finanças e da Saúde.

O HDS tem por objeto a prestação de serviços de saúde, podendo, acessoriamente, explorar os serviços e efetuar as operações civis e comerciais relacionadas, direta ou indiretamente, no todo ou em parte, com o seu objeto principal, ou que sejam suscetíveis de facilitar ou favorecer a sua realização, bem como participar em agrupamentos complementares de empresas e outras formas de associação.

Presta cuidados de Saúde em regime de Internamento e de Ambulatório funcionando 24/24 horas todos os dias do ano. No Serviço Nacional de Saúde representa os cuidados diferenciados e especializados e servindo a montante os Cuidados Primários e a jusante os Cuidados Continuados.

O Hospital de Santarém tem Livro de Reclamações, distribuindo exemplares por todas as “portas de entrada” e pelo Gabinete do Utente. Todas as reclamações e todos os elogios são objeto de apreciação pelo Gabinete do Utente, pelas Direções dos Serviços e pelo Conselho de Administração, que assegura a resposta a todas e todos, assim como a comunicação às instâncias superiores (Relatório de contas 2010 do HDS, EPE).

3.2. Valências e Organização do Serviço de Medicina Física e Reabilitação

O SMFR cobre uma população, numa distribuição mista de agregados populacionais e de uma dispersão rural muito acentuada, de populações envelhecidas e submetidas a um isolamento que nem as famílias nem as escassas estruturas de apoio social existentes conseguem evitar. A sua área de influência abrange os concelhos de Santarém, Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior e Salvaterra de Magos.

O horário de funcionamento para o atendimento de utentes, é das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira. Ao fim de semana e feriados um Fisioterapeuta presta cuidados à Unidade de Cuidados intensivos das 9h às 13h, caso o justifique.

O SMFR presta cuidados a utentes em regime ambulatorio nas instalações do serviço, provenientes da consulta Externa de Fisiatria, assim como utentes em regime de internamento após requisição de Fisioterapia, dos médicos do serviço de internamento: Ortopedia; Especialidades cirúrgicas (Urologia, Dermatologia e Cirurgia Vascular); Especialidades Médicas (Neurologia e Pneumologia); Cardiologia; Medicinas; Pediatria; Neonatologia; Psiquiatria; Unidade de Cuidados Intensivos (UCI); Unidade Médico-cirúrgica (UMC) do Serviço de Urgência.

Os utentes iniciam o tratamento nas enfermarias, após a avaliação e planeamento do tratamento pelos Fisioterapeutas e, logo que possível, deslocam-se às instalações do

Figura nº. 8: Distrito de Santarém



SMFR para a continuação de tratamentos, uma vez que o internamento não tem condições físicas e equipamento para a prestação destes cuidados.

O SMFR prestou uma média anual de 130.942 tratamentos a uma média anual de 2.508 doentes no último triénio (Quadro nº1). A maioria dos tratamentos são efetuados a doentes provenientes dos serviços de internamento do hospital, no entanto tem vindo a verificar-se um aumento de tratamentos a utentes em regime ambulatorio.

Quadro nº. 1: Tratamentos efetuados no SMFR em 2009-2011

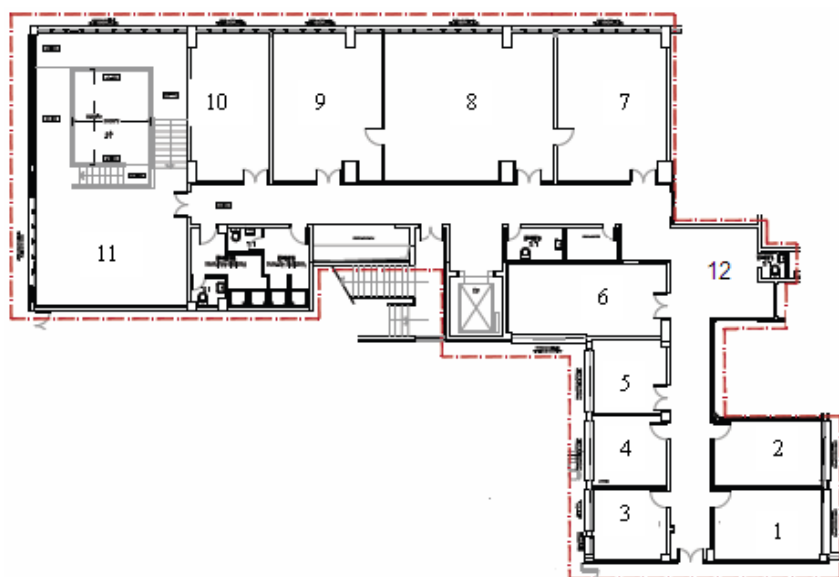
Ano	Tratamentos a doentes internos	Doentes internos	Tratamentos a doentes externos	Doentes externos	Total tratamentos	Total Doentes
2009	64.019	1.390	73.939	832	137.958	2.222
2010	70.496	1.427	66.214	765	136.710	2.192
2011	56.657	1.345	61.501	1.764	118.158	3.109

Fonte: MFR, Relatório de Atividades 2009, 2010, 2011

Desde a sua abertura, há quase trinta anos o SMFR nunca sofreu atualizações ao nível da estrutura física. O espaço físico do SMFR, tem uma área aproximada de 594,84 m². Contrariamente ao início da sua atividade, em que apenas trabalhavam no Serviço 5 profissionais e o número de utentes era muito menor, a área tem-se tornado desajustada para os atuais recursos humanos e afluência de doentes. Esta última deverá continuar a aumentar no seguimento das alterações legislativas recentes. O Despacho nº10430/2011 de 18 de agosto de 2011 obriga a que os hospitais que integram o SNS devem promover a devida articulação com as unidades de cuidados de saúde primários por forma a possibilitar a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica aos utentes do SNS com o aproveitamento da capacidade instalada. Isto é, ao contrário do que até agora acontecia, os médicos deixam de poder encaminhar utentes para o exterior, sendo todos encaminhados para o SMFR.

O SMFR é constituído por uma sala de trabalho, gabinete de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e vestiário (1); gabinete de coordenação (fisioterapia e terapia ocupacional) (2); uma área administrativa (3); um local de espera no corredor (12); sala de tratamentos individualizados (4); um gabinete do médico fisiatra (5), local de consulta; sala de tratamentos de terapia ocupacional (6); sala de tratamentos e eletroterapia (7 e 9); ginásio (8); ginásio de Neurodesenvolvimento e outras atividades individuais (10); Hidroterapia (Piscina desativada, Tinas, etc.) (11) e 3 Instalações sanitárias.

Figura nº. 9: Planta do SMFR do HDS



Fonte: Serviço de Medicina Física e Reabilitação, HDS EPE

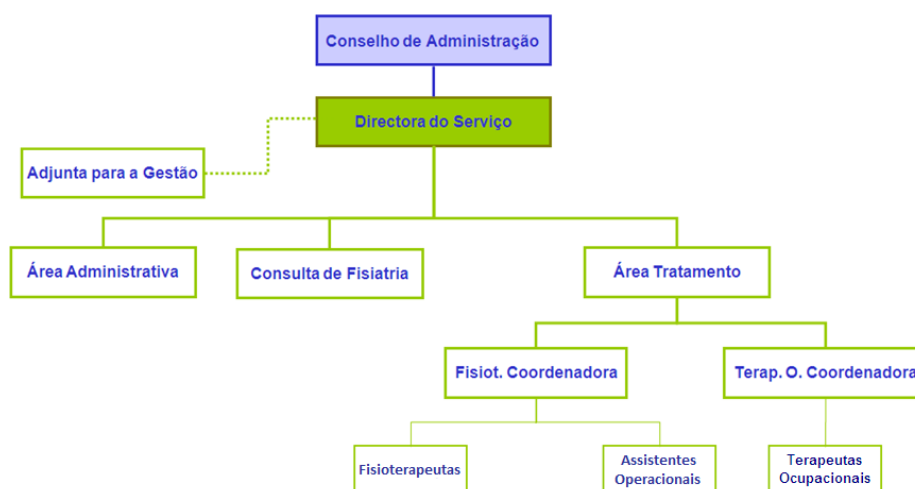
O SMFR para cumprir a missão, conta com recursos humanos constituído por profissionais especializados, de comprovada competência e cariz humanista orientado para as necessidades do utente, apostado em responder às solicitações no âmbito de todas as especialidades. Atualmente, o Serviço dispõe de uma estrutura de recursos humanos constituída por:

Quadro nº. 2: Recursos humanos no SMFR

Grupo profissional	Número de colaboradores
Médico Fisiatra – Diretor do serviço	1
Fisioterapeutas	10
Terapeutas Ocupacionais	3
Assistentes Operacionais	3
Assistente Técnico Operacional	1
Total	18

Fonte: Serviço de Medicina Física e Reabilitação, HDS EPE

Figura nº. 10: Organograma do SMFR do HDS, EPE



Fonte: Adaptado de plano de negócios HDS 2010-2012

Os Fisioterapeutas do Hospital de Santarém, adotaram um Modelo Organizacional próprio, com o objetivo de se adequarem os recursos Humanos às necessidades do Hospital, sendo sempre considerado um recurso móvel do Hospital no sentido de responderem atempada e adequadamente às diferentes solicitações dos vários serviços. Atuam com plena responsabilidade profissional e autonomia, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da sua profissão, com o objetivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação."

Fazem parte da intervenção do Fisioterapeuta no Hospital de Santarém as seguintes atividades: Prestação de cuidados; Formação; Investigação: Realização de trabalhos de investigação na área da fisioterapia; Apoio a nível de ensino clínico a Escolas Superiores de Fisioterapia.

O Fisioterapeuta dispõe de processos próprios de avaliação de indivíduos ou grupos, no contexto de um processo de raciocínio clínico, com o objetivo de atingir o seu diagnóstico (diagnóstico da fisioterapia), do desenvolvimento de um plano de intervenção, de utilização de meios de intervenção próprios, de modo a atingir os objetivos propostos e procedendo à reavaliação de forma a ajustar os objetivos.

Os Fisioterapeutas são responsáveis pela prestação de cuidados de fisioterapia aos doentes/utentes deste hospital, sendo objetivo prioritário o atendimento dos doentes internados (HDS, 2004).

Todas as organizações de saúde devem procurar prestar cuidados de saúde com qualidade, segurança, equidade, eficiência, efetividade, acessibilidade, respeito e eficácia de modo a ir ao encontro das necessidades dos seus utentes, aumentando a produtividade mas reduzindo os custos na estrutura organizacional.

Franco e Florentim (2006) relacionam o processo de satisfação com os seguintes fatores: a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde.

Deve-se utilizar a avaliação do nível de satisfação dos utentes de um serviço como um dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde prestados, aliado ao comprometimento da gestão e ações corretivas, assim como os conceitos de Efetividade, eficiência e eficácia e o seu importante papel na qualidade, bem como a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade técnico-científica que conduz à satisfação.

II. Metodologia

Após a apresentação do enquadramento conceptual que sustenta os temas abordados neste estudo, passamos a descrever a metodologia, que segundo Fortin (2003), “é o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (p.372). De acordo com Gauthier (2003), a metodologia da investigação, engloba quer a “estrutura do espírito e da forma da investigação, como as técnicas utilizadas para pôr em prática este espírito e esta forma” (p.22).

1. Objetivos e questão de investigação

Os objetivos são metas que se pretendem atingir ao longo de um determinado período de tempo, tendo em conta o contexto. A formulação de objetivos permite orientar e delimitar a ação de modo a que as metas possam ser alcançadas.

Considerando a discussão acerca da satisfação com os serviços, a qualidade dos mesmos e reconhecendo que a qualidade é um universo que engloba um vasto conjunto de componentes, definimos os seguintes objetivos desta investigação:

Objetivos gerais

- Conhecer o grau de satisfação dos utentes provenientes do serviço de internamento e da consulta externa face aos cuidados prestados pelo Serviço de MFR do HDS, E.P.E. e com base nisso, definir um conjunto de propostas de melhoria da Qualidade;
- Fornecer informação para que os responsáveis e profissionais de saúde possam implementar programas de melhoria de qualidade, tendo por base a avaliação feita pelos utentes.

Objetivos específicos

- Avaliar a satisfação do utente no processo de admissão no SMFR;

- Avaliar a satisfação do utente em relação aos profissionais de saúde do SMFR: Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional, Médico e outros profissionais;
- Avaliar a satisfação do utente em relação às instalações;
- Avaliar a satisfação global do utente em relação ao SMFR;
- Avaliar quais os domínios da dimensão relações interpessoais e da dimensão estrutura física têm mais relação com a satisfação global dos utentes?
- Definir um conjunto de Propostas de melhoria e apresentar ao Conselho de Administração.

A questão de investigação a que pretendemos dar resposta com este estudo é:

- Qual a perceção do grau de satisfação dos utentes do serviço de Medicina Física e Reabilitação internados e da consulta externa?

2. Tipo de estudo

Este trabalho apresenta o desenho de um estudo descritivo e Correlacional, de carácter exploratório e transversal, no qual foi aplicado um inquérito por questionário. Para Hill e Hill (2002) estes estudos encaixam na tipologia de investigação aplicada cujo objetivo é descobrir factos novos (dados empíricos) que permitam testar deduções feitas a partir de uma teoria que pode ter aplicações práticas a médio prazo.

A razão de ser uma pesquisa quantitativa deve-se ao facto de este estudo recorrer a dados estatísticos como centro do processo de análise do sistema do problema. Segundo Fortin (2003, 30), “em investigação quantitativa, trata-se geralmente de obter resultados no plano prático e de fornecer melhorias em situações particulares”. É o caso do estudo proposto onde se pretende verificar o grau de satisfação dos utentes do serviço de M.F.R.

3. População do estudo

A População é o “conjunto de elementos constituintes de um todo” (Quivy e Campenhoudt 1998, 162).

O estudo incide numa população a quem foram prestados cuidados de saúde pelos Médicos (Médica Fisiatra ou Médico do internamento), Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e outros profissionais.

A População estudada é constituída por dois grupos:

- Utentes internados no HDS. EPE, tratados no SMFR;
- Utentes em ambulatório, provenientes da consulta externa de Fisiatria, tratados no SMFR.

Deste modo, os critérios de inclusão no estudo dos utentes tratados no SMFR, do HDS, EPE, foram os seguintes:

- Utentes que realizaram pelo menos 5 sessões de tratamentos;
- Utentes maiores de 18 anos;
- Utentes conscientes e orientados no tempo e no espaço.

Toda a informação recolhida através dos questionários é anónima, respeitando o consentimento informado, e tratada para finalidades determinadas, explícitas e legítimas de elaboração deste estudo, garantindo os direitos e liberdades individuais, com o compromisso de não ser posteriormente tratada de forma incompatível com essas finalidades.

4. Variáveis em estudo

4.1. Variável dependente e sua operacionalização

Marôco (2007) define variável como algo que o investigador precisa medir, controlar ou manipular durante o processo de investigação. Os tipos de variáveis mais comuns são as variáveis independentes e dependentes, de atributo e as variáveis estranhas (Fortin, 2003).

As variáveis dependentes, para Marôco (2007), “implica geralmente uma relação do tipo causa-e-efeito” (p.561).

O que pretendemos avaliar e mensurar no nosso trabalho de investigação é o “grau de satisfação do utente” face aos cuidados prestados pelo SMFR.

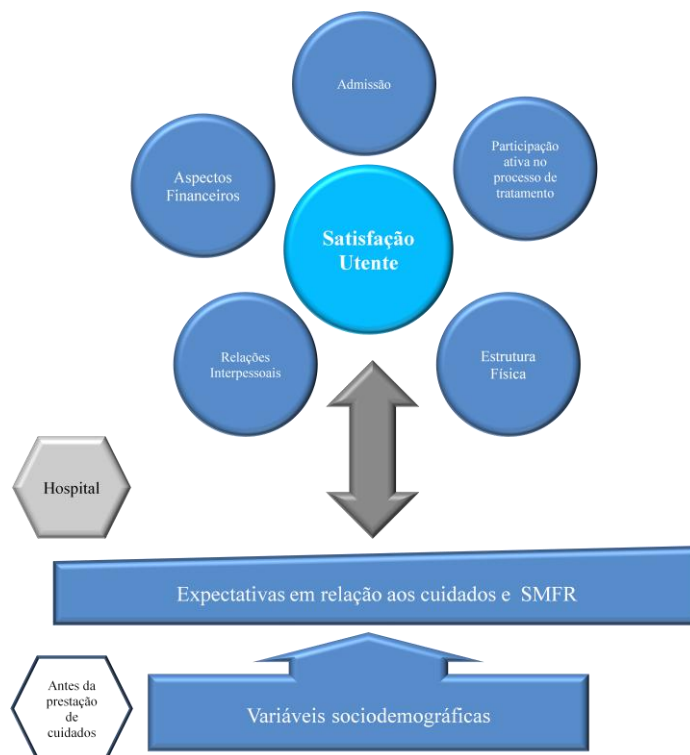
A partir da revisão bibliográfica e experiência profissional da autora questionaram-se as dimensões da satisfação a avaliar, uma vez que estas constituem as componentes de um instrumento de recolha de dados cuja validade dependerá da sua pertinência como fatores condicionantes da satisfação do utente.

Quando da operacionalização da variável selecionada foram definidas as seguintes dimensões:

- Admissão/Acessibilidade;
- Relações Interpessoais;
- Expetativas;
- Participação Ativa no processo de tratamento;
- Estrutura Física;
- Aspetos Financeiros.

A figura nº.11 esquematiza as relações entre os fatores que influenciam a satisfação dos utentes, sendo que a satisfação engloba inúmeras variáveis de estrutura, processo e resultados.

Figura nº. 11: Relação entre as dimensões e a satisfação do utente



Fonte: Adaptado de Johansson, Oleni e Fridlund (2002)

Vários fatores influenciam as expectativas dos utentes, antes da prestação dos cuidados e no hospital, durante o processo de prestação dos mesmos. Antes da prestação de cuidados interferem fatores sociodemográficos como a idade, o grau de instrução, situação profissional e experiências anteriores em que o utente recebeu cuidados, ou frequentou o serviço. Durante o processo, em meio hospitalar, o utente apresenta expectativas que podem relacionar-se com outros domínios como: ambiente físico, relações interpessoais, comunicação, informação, participação e envolvimento, competências técnicas dos profissionais de saúde e influência da própria organização de saúde (Johansson, Oleni e Fridlund, 2002).

Quadro nº. 3: Resumo das dimensões em análise

Dimensões	Variáveis	Questões
Admissão/Acessibilidade (A/A)	Facilidade na admissão Tempo de espera para consulta Horário de funcionamento Tempo de espera para tratamentos Tempo de espera no SMFR Tempo de atendimento administrativo Tempo de atendimentos assistentes operacionais	1 2 (r) 3 (r) 4 5 23 28

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internos e Externos do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação

Relações Interpessoais (RI)		
- FT/TO	Cortesia Atenção prestada Esclarecimento Respeito Clareza do discurso	30; 31 33; 38 34; 39 35 (r); 36 (r) 37 (r)
- Médico	Disponibilidade	26
- Outros Profissionais	Serviço prestado pelos Assi. Operacionais Simpatia do Assi. Administrativo	29 24
Expetativas (EXP)		
- FT	Resultados	41
- Médico	Resultados	27
Participação ativa do utente no processo de tratamento (PAUPT)	Explicação da situação clínica Explicação de exercícios para casa Envolvimento no plano de tratamento	25 40 32
Estrutura Física (EF)	Localização do serviço Conforto Instalações Sanitárias Privacidade Instalações Sanitárias Ambiente Iluminação Higiene Espaço do serviço Condições dos locais de espera Sinalização Equipamentos disponíveis	6 7 8 9, 12, 13 10 21 11 14, 15, 16, 17 18, 20 (r) 22
Aspetos Financeiros (AF)	Custo Custo	44 45 (r)

Fonte: Elaboração própria

As restantes questões não foram enquadradas em nenhuma dimensão da satisfação, por considerarmos estarem direcionadas para a satisfação global (19, 42, 43).

4.2. Variável independente e sua operacionalização

A variável independente relaciona-se com as características que variam de indivíduo para indivíduo, contribuindo para descrever o perfil dos sujeitos da amostra ou da população (Polit e Hungler, 1995).

Para a caracterização da amostra em estudo consideraram-se as seguintes variáveis sociodemográficas:

- Sexo;

- Idade: (foram estabelecidas categorias de acordo com as idades dos utentes da amostra. Esta variável foi operacionalizada em anos;
- Concelho de residência;
- Profissão: foram categorizadas em função do tipo de profissão;
- Nível de escolaridade;
- Estado civil.

Para além das variáveis sociodemográficas, incluíram-se as variáveis seguintes, operacionalizadas tendo por base as seguintes questões:

- Primeira vez que o utente fez fisioterapia;
- Primeira vez que faz fisioterapia no HDS;
- Como foi admitido no SMFR;

Estas variáveis foram consideradas significativas para o estudo, dado que ao refletirem a experiência dos utentes inquiridos com os cuidados prestados no serviço em análise, terão repercussões na avaliação dos mesmos e consequentemente na sua satisfação.

5. Instrumento de recolha da informação

Como instrumento de recolha da informação recorreu-se ao inquérito por questionário. O questionário como técnica de recolha de dados apresenta diversas vantagens: permite obter respostas rápidas e precisas (Marconi e Lakatos, 1990); ausência de influência do investigador (Marconi e Lakatos, 1990); é de natureza impessoal (Fortin, 2003); pode ser aplicado simultaneamente a vários indivíduos, permitindo obter mais informações (Fortin, 2003); os inquiridos sentem maior segurança em exprimir opiniões pessoais devido ao anonimato das respostas (Fortin, 2003).

O questionário terá que ter uma estrutura de acordo com o objeto de avaliação, sendo crucial a sua adaptação à realidade do SMFR, objeto de estudo.

Assim, a construção do questionário foi efetuada pela autora com base na revisão da literatura relativas ao tema e da análise de outros questionários similares nomeadamente o PSQIII e o QAU, com o objetivo de traçar os domínios a serem incluídos e as questões mais relevantes adaptando-os ao contexto e à atualidade. Estes questionários pareceram os mais adequados face às necessidades sentidas. O QAU foi construído especificamente para a avaliação da satisfação dos cuidados em Fisioterapia, segundo a ótica do utente e ainda por se encontrarem adaptados e validados para a nossa população (Guiomar, Pascoalinho e Guerra, 2007). O PSQIII foi adaptado do PSQ para a realidade da Fisioterapia, tendo sido utilizado num estudo em pediatria do Centro de Medicina e Reabilitação do Alcoitão (CMR) por Vieira (1997), no contexto da paralisia cerebral por Santos (1998) e em pais de crianças com disfunções respiratórias por Silva (1999).

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), um questionário destina-se à pessoa inquirida que ao lê-lo e preenchê-lo de acordo com o seu grau de concordância ou opinião suscitada pelo conteúdo das questões. Por essa razão as perguntas são claras e precisas, formuladas de tal forma que todas as pessoas interrogadas as interpretaram da mesma maneira. “Todos os instrumentos de recolha de informação devem ser testados para saber quanto tempo demoram os recetores a realizá-los; por outro lado, isto permite-lhe eliminar questões que não conduzam a dados relevantes” (Bell, 2010, p.110).

Uma vez concluído o questionário, este foi revisto por dois docentes e dado a conhecer aos colegas do SMFR. Depois de revisto chegou-se a uma versão consenso a qual foi sujeita a um pré-teste, como sugerido por Marconi e Lakatos (1990). Realizou-se um “pré-teste”, a 5 utentes internos e 5 utentes externos com características semelhantes à

população em estudo, a fim de refletir na estrutura e conteúdo do mesmo. O pré-teste alertou para o facto de alguns termos correntemente utilizados pelos profissionais de saúde não terem o mesmo significado para os utentes, tais como o conceito de cortesia, assistentes operacionais, assistente técnico, médico (do S.M.F.R. ou do Internamento). Por isso estas noções foram clarificadas oralmente aos inquiridos, sempre que necessário. Tomando estas precauções, considerou-se o questionário adequado e em condições de ser aplicado aos vários utentes do SMFR. Após o pré-teste e tendo em conta as questões levantadas, foi gerada a versão final do inquérito por questionário, constituído por 54 itens (Anexo I), destinado a avaliar o grau de satisfação dos utentes/doentes internos e externos do SMFR, a partir de três dimensões: satisfação do utente no processo de admissão, satisfação do utente em relação aos profissionais de saúde do SMFR (Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional, Médico e outros profissionais) e satisfação em relação às instalações.

O questionário, nas suas 3 dimensões, está dividido em 4 partes:

- No início da página do questionário expõe-se a finalidade do estudo e instrução de preenchimento do inquérito aos participantes.
- 45 Questões de resposta fechada, relacionadas com a satisfação, que permitem focalizar a atenção do inquirido para os problemas que nos interessam e analisar facilmente as suas respostas. Na opinião de Hill e Hill (2005) são úteis quando o investigador conhece a natureza das variáveis e quer obter informação quantitativa sobre elas. A escala utilizada no questionário do estudo é multidimensional e quanto ao tipo de métrica utilizada é a do tipo *Likert* de 5 pontos. Em que 1 corresponde a “Discordo Totalmente”, 2 corresponde a “Discordo”, 3 corresponde a “Neutro”, 4 corresponde a “Concordo” e 5 corresponde a “Concordo Totalmente”. Assim, o máximo de concordância com a questão levantada é pontuado com 5 e uma completa discordância pontuada com 1.
- 3 Questões relacionadas com a forma de acesso/contacto com o SMFR
- 6 Questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica dos utentes.

O passo seguinte consistiu na oficialização do pedido de autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração do HDS, à Diretora do SMFR e à Coordenadora da Terapia Ocupacional do mesmo serviço.

Após autorização das entidades anteriores, foram implementados os aspetos logísticos da entrega dos questionários aos utentes. O inquérito foi administrado de uma forma direta (autoadministrado). Optou-se por esta forma de aplicação, que, segundo Ghiglione

e Matalon (1993), apresenta vantagens, pois considera o tempo disponível e razões económicas, e por este método a pessoa tem a possibilidade de “ler todo o questionário antes de começar a responder, de voltar à questão à qual já havia respondido e corrigir a sua primeira reação, de deixar uma questão embaraçosa temporariamente em branco e voltar mais tarde” (Ghiglione e Matalon, 1993, p. 183), por permitir controlar melhor a situação, ter maior simplicidade de análise e maior rapidez na recolha e análise dos dados.

Após a recolha dos questionários, foi feita a verificação de cada questionário com o objetivo de detetar a existência de algumas falhas que colocassem em causa a utilização dos mesmos. Depois de numerar os questionários, procedeu-se à inserção da informação no computador, tendo sido posteriormente submetidos a uma análise, utilizando-se para esse fim o software estatístico. *SPSS-Statistical Package for Social Sciences (versão 20.0 para Windows)*.

O processo de entrega e recolha de questionários realizou-se durante um período de três meses: 2 de janeiro a 2 de abril de 2012.

6. Procedimentos formais e éticos referentes à recolha da informação

Com o intuito de se proceder à distribuição dos questionários, foi enviado pedido de autorização escrito ao Conselho de Administração do HDS, à Diretora do SMFR e à Coordenadora da Terapia Ocupacional do mesmo serviço (Anexo I). Os pedidos para a realização do estudo foram aceites e autorizados.

Relativamente aos procedimentos éticos, foi garantido o anonimato e assegurada a confidencialidade dos dados obtidos. Durante a distribuição, era clarificado o objetivo da investigação, solicitada a participação voluntária e assegurando-se a confidencialidade. Adicionalmente, o preenchimento dos questionários foi solicitado no gabinete das coordenadoras ou durante períodos do tratamento, em que o respetivo terapeuta ou assistente operacional não estivesse presente (quando os utentes realizavam calor, pressoterapia, correntes), de forma a garantir que os utentes não se sentissem intimidados a dar respostas socialmente desejáveis. Sempre que algum utente não entendia alguma questão, tirava a dúvida. Alguns questionários foram lidos e preenchidos pela autora, em virtude da iliteracia de alguns utentes, garantindo-se o

máximo cuidado de não os influenciar nas respostas. A autora recolheu ainda algumas observações efetuadas pelos utentes, quando a mesma fazia as questões.

7. Tratamento Estatístico da Informação

Neste ponto apresentamos, de forma fundamentada os testes estatísticos realizados.

Os dados foram sujeitos a uma análise descritiva para estudar as perceções dos utentes sobre os serviços prestados, em relação às 7 dimensões em estudo, a partir da avaliação do grau de satisfação.

Na análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.

Para identificar quais os domínios específicos das dimensões relações interpessoais e estrutura física com mais relação com a satisfação global dos utentes, recorreremos ao Coeficiente de Correlação de Person.

8. Apresentação de Resultados

8.1. Análise Fatorial Exploratória do Questionário

Para avaliar a estrutura relacional dos itens procedeu-se a uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) sobre a matriz das correlações, com extração dos fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação oblíqua promax dos fatores, maximizando os pesos fatoriais dos itens (Brown, 2006). Este método, segundo o mesmo autor, é a melhor escolha, quando se trata de modelos multifatoriais, ao que acresce o facto de levar em conta que o questionário pressupõe que os fatores estão correlacionados entre si.

Para avaliar a validade da AFE utilizou-se o critério KMO com os critérios de classificação definidos em Marôco (2011). Os resultados de cada sujeito em cada um dos fatores retidos foram obtidos pelo método de *Bartlett* implementado no SPSS Statistics (v. 19). Assumiu-se, portanto, que o valor do teste de KMO fosse superior a 0.6 e o valor do teste de *Bartlett* significativo, o que no nosso caso permitiu proceder à AFE para o modelo testado (KMO = 0.824; Teste *Bartlett* $p < 0.001$). A análise da consistência interna foi avaliada pelo cálculo do coeficiente *alfa* de Cronbach.

A versão original do questionário continha 45 itens distribuídos teoricamente por 7 fatores: admissão/acessibilidade; relações interpessoais; expetativas; participação ativa do utente e no processo de tratamento; estrutura física; aspetos financeiros. A análise fatorial exploratória utilizada para este modelo foi realizada com o método das componentes principais com rotação oblíqua Promax. Para a seleção do número de fatores, foram consideradas as sete dimensões em estudo acima enunciadas, de acordo com o modelo teórico de partida. A versão final do questionário ficou composta por 45 itens e sete fatores latentes relacionados entre si, de acordo com o modelo original. No Quadro 4, sintetizam-se os pesos fatoriais de cada item em cada um dos sete fatores, os seus valores próprios (*eigenvalues*), a comunalidade de cada item e a percentagem de variância explicada por cada fator. Os sete fatores explicam 59% da variância total. Adicionalmente, todas as comunalidades são elevadas, com a exceção do item 20 (. 26), demonstrando que os sete fatores extraídos são apropriados para descrever a estrutura correlacional entre os itens.

A análise da consistência interna do questionário revelou uma fiabilidade bastante satisfatória ($\alpha = ,834$ – valor elevado).

Quadro nº. 4: Análise fatorial exploratória (componentes principais com rotação oblíqua Promax) e alfa de Cronbach

Itens	Comuna- lidades	Matriz de Estrutura						
		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7
		EF	RI	EX	PAUPT	SG	AF	A/A
12	,683	,798						
11	,571	,690						
16	,496	,679						
13	,492	,677						
14	,571	,673						
7	,500	,624						
10	,393	,585						
8	,396	,581						
17	,548	,563						
22	,517	,559						
18	,354	,553						
9	,352	,475						
6	,335	,446						
15	,536	,488						
20	,260	-,063						
21	,588	,442						
33	,552		,719					
39	,556		,676					
30	,489		,665					
31	,476		,639					
34	,415		,588					
38	,376		,425					
24	,705		,092					
28	,605		,331					
29	,609		,411					
26	,676		,048					
36	,623		,232					
37	,545		,254					
35	,623		,227					
41	,478			,058				
27	,735			,163				
32	,531				-,051			
40	,360				,062			
25	,658				,802			
19	,629					,188		
43	,469					,441		
42	,468					,422		
45	,454						-,630	
44	,427						,430	
5	,471							,112
23	,610							,184
4	,605							,222
1	,350							,171
2	,496							,344

3	,309							,460
Valor Próprio	8,449	4,447	2,955	2,147	1,895	1,575	1,392	
Variância	18,776 %	9,938 %	6,568 %	4,772 %	4,211 %	3,500 %	3,094 %	
Alfa de Cronbach	,834							

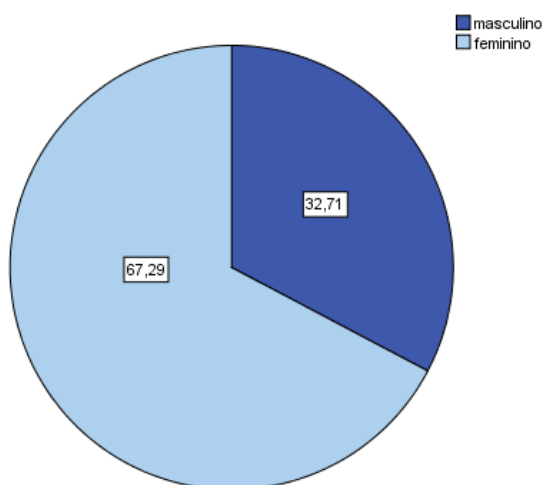
Os resultados apresentados na análise fatorial exploratória e da consistência interna, permitem-nos referir que o questionário apresenta boas qualidades psicométricas, mau grado aos problemas encontrados nos itens 20, 26, 35, 41, 27, 32, 40, 45, 5, 23, 4, 1 e 19 – pesos fatoriais inferiores a 0,30 – que poderiam legitimar a sua eliminação. Todavia, decidimos mantê-los no questionário respeitando o modelo teórico original e deixando em aberto a possibilidade de aguardar por uma Análise Fatorial Confirmatória a realizar num futuro estudo.

8.2. Análise das Variáveis demográficas e socioeconómicas

Sexo

Aplicaram-se 321 inquéritos, 105 (33%) participantes são do sexo masculino e 216 (67%) participantes são do sexo feminino. Verifica-se assim o predomínio do sexo feminino em relação ao sexo masculino (Gráfico nº.1).

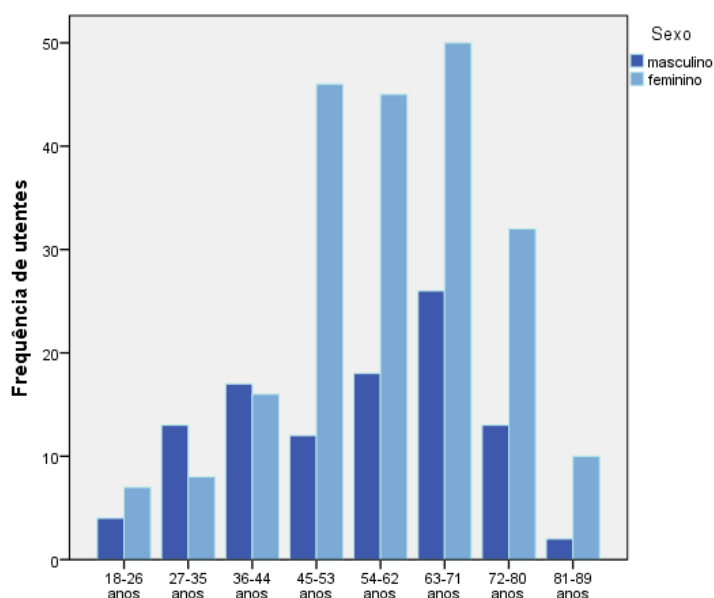
Gráfico nº. 1: Distribuição da variável sexo



Idade

Os participantes apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 89 anos. No sentido de melhor caracterizar a população agrupámos os participantes em grupos etários. Assim, consideraram-se os seguintes intervalos: [18-26], [27-35], [36-44], [45-53], [54-62], [63-71], [72-80], [81-89]. Deste modo verificamos que é no escalão etário dos 54 anos aos 71 anos, que se encontra a maioria dos utentes inquiridos, tanto no sexo feminino como no masculino. Nos escalões etários de 18-26 anos e 81-89 anos observa-se um menor número de utentes (Gráfico nº.2).

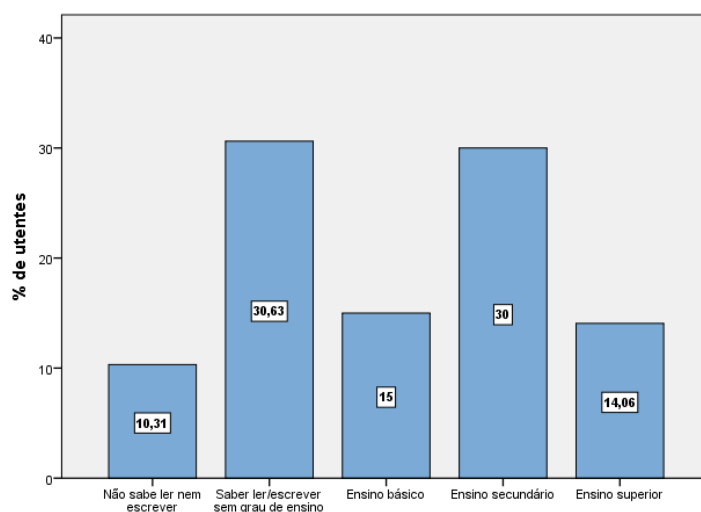
Gráfico nº. 2: Distribuição da variável sexo por grupos etários



Nível de Escolaridade

Em relação ao nível de escolaridade, apenas 10,31% dos participantes não sabe ler nem escrever, enquanto 30,63% dos participantes sabe ler e escrever embora não apresente qualquer grau de ensino. Contrariamente 30% dos utentes frequentaram o Ensino Secundário, os indivíduos com o Ensino Básico e Ensino Superior, representam respetivamente 15% e 14,06% dos participantes (Gráfico nº.3).

Gráfico nº. 3: Nível de Escolaridade (%)



O cruzamento do nível de escolaridade com a variável idade demonstra que o nível de instrução tende a diminuir à medida que a idade aumenta. Os indivíduos que não sabem ler nem escrever ou sabem ler e escrever mas não têm grau de ensino concentram-se maioritariamente nos escalões acima dos 63 anos (Quadro nº.5).

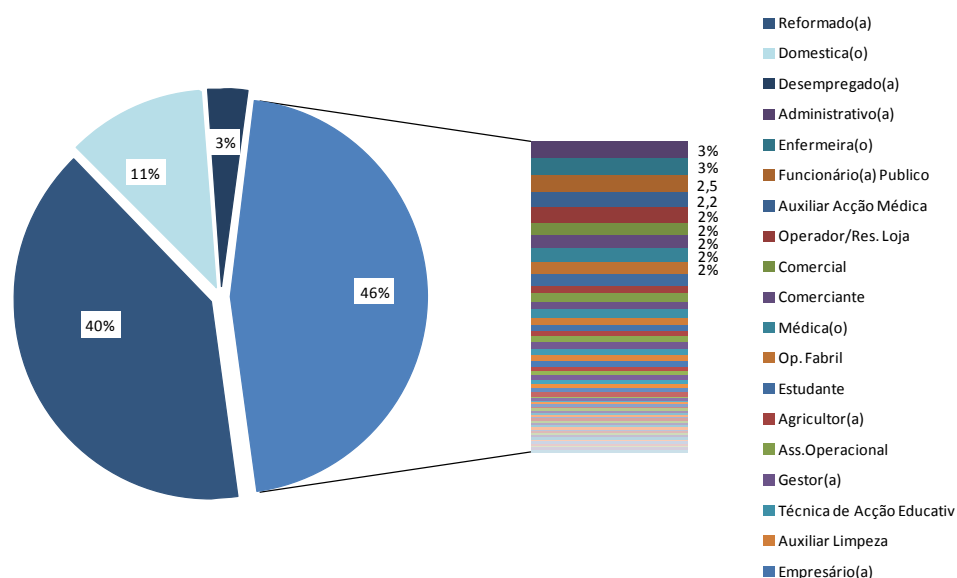
Quadro nº. 5: Nível de Escolaridade segundo escalão etário (%)

	18-26 anos	27-35 anos	36-44 anos	45-53 anos	54-62 anos	63-71 anos	72-80 anos	81-89 anos	Total
Não sabe ler nem escrever	--	--	--	3,4%	4,8%	13,2%	31,1%	33,3%	10,3%
Sabe ler/escrever sem grau ensino	--	--	3,0%	17,2%	31,7%	52,6%	44,4%	50,0%	30,6%
Ensino Básico	10,0%	9,5%	9,1%	13,8%	14,3%	19,7%	20,1%	--	15,0%
Ensino Secundário	90,0%	66,7%	60,6%	44,8%	28,6%	6,6%	4,4%	16,7%	30,0%
Ensino Superior	--	23,8%	27,3%	20,7%	20,6%	7,9%	--	--	14,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	99,9%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Profissão

Em relação à profissão, 40% dos participantes encontram-se reformados, 11% são domésticas e 3% desempregados. Os participantes com emprego representam 46%, apresentando diferentes profissões como administrativos (3%), enfermeiros (3%), funcionários públicos (2,5%), entre outras (Gráfico nº.4).

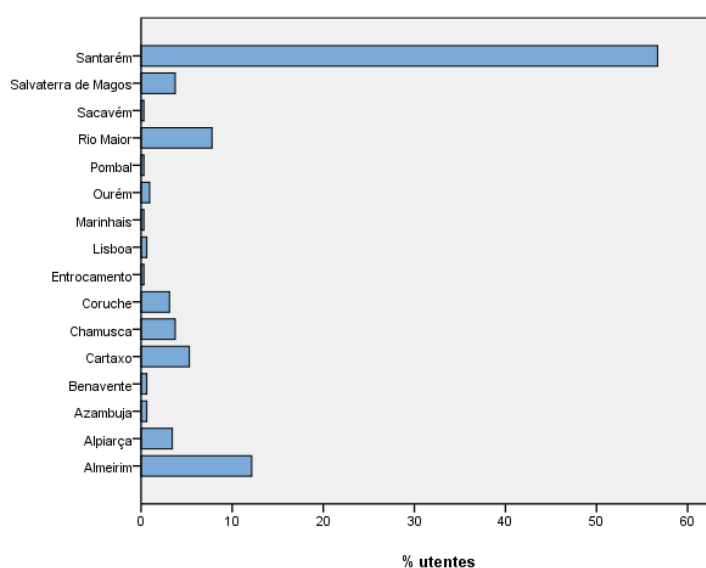
Gráfico nº. 4: Distribuição das profissões



Concelho de Residência

A grande maioria dos participantes reside no concelho de Santarém (56,7%), aspeto visível em todas as faixas etárias, desde as mais jovens às mais idosas, 12,1% dos participantes reside em Almeirim, 7,8% em Rio Maior, 5,3% no Cartaxo e os restantes noutros concelhos (Gráfico n.º5).

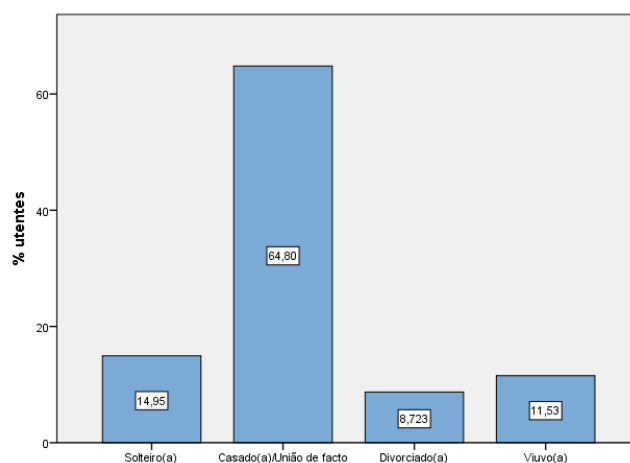
Gráfico nº. 5: Distribuição do concelho de residência



Estado Civil

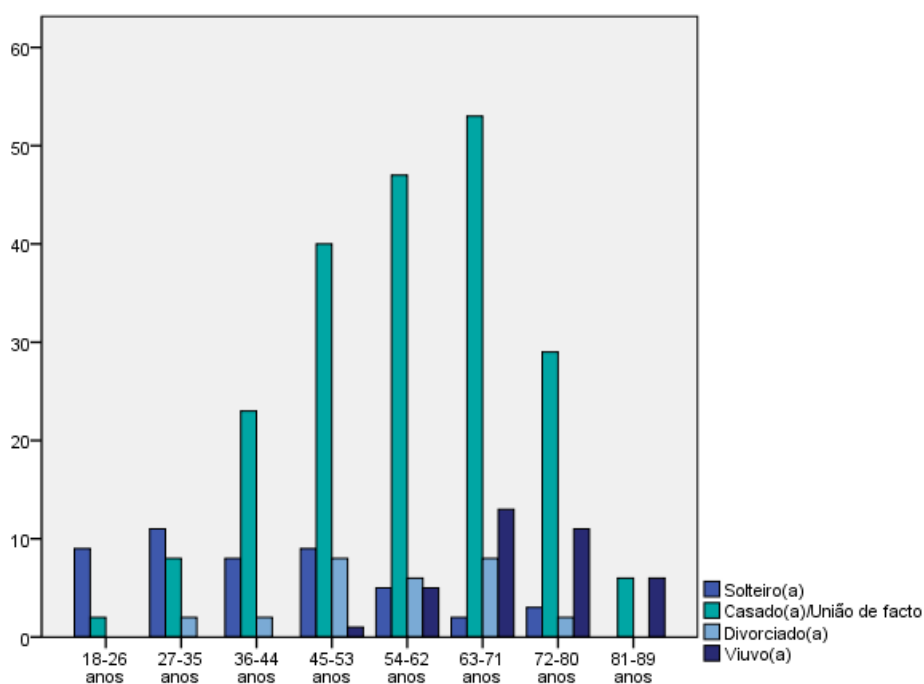
Quanto ao estado civil, verificou-se que a grande maioria dos participantes são casados ou vivem em união de facto 64,80%, 14,95% são solteiros, 8,72% divorciados e 11,53% viúvos (Gráfico nº.6).

Gráfico nº. 6: Distribuição do estado civil



A variável estado civil cruzada com a idade, demonstra que a viuvez é mais expressiva acima dos 54 anos e o ser solteira(o) até 35 anos (Gráfico nº.7).

Gráfico nº. 7: Distribuição do estado civil pelos diferentes grupos etários

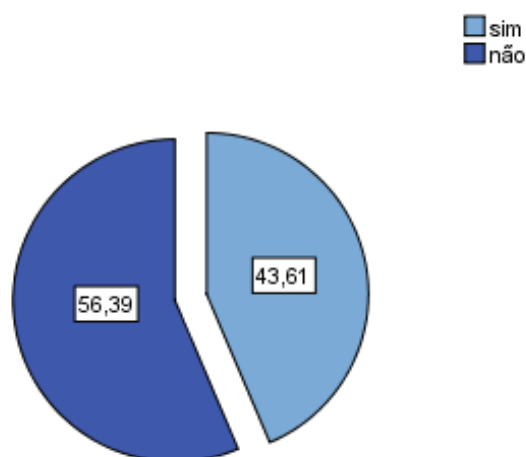


8.3. Caracterização dos utentes em relação à experiência com os cuidados prestados no SMFR

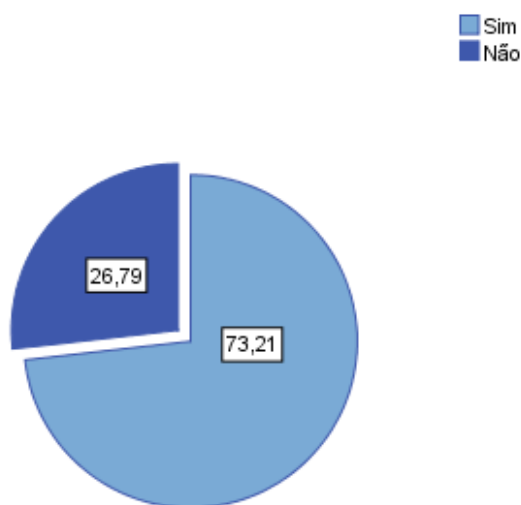
Para além da caracterização sociodemográfica, considerou-se importante incluir variáveis que refletissem a experiência dos utentes inquiridos com os cuidados prestados no SMFR (1ª vez que faz fisioterapia; 1ª vez que faz fisioterapia no HDS; como foi admitido no serviço).

Ao inquirir os participantes sobre se era a primeira vez que estavam a realizar fisioterapia, verificou-se que apenas 43,6% estava a realiza-la pela primeira vez, 56,4% dos participantes já tinham realizado fisioterapia (Gráfico nº.8), 73,2% dos participantes estavam a fazer Fisioterapia pela primeira vez no Hospital de Santarém (Gráfico nº.9).

Gráfico nº. 8: Distribuição de utentes vs. Primeira vez que faz fisioterapia

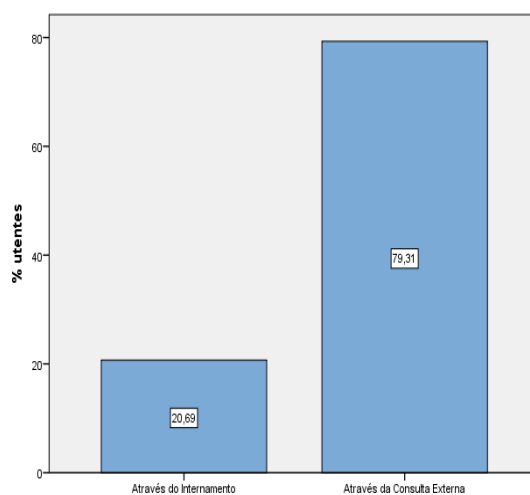


**Gráfico nº. 9: Distribuição de utentes vs. Primeira vez que faz fisioterapia no
HDS**



Relativamente à forma como os participantes foram admitidos no SMFR verificou-se que 20,7% dos utentes foram admitidos através de internamento, enquanto 79,3% através da consulta externa (Gráfico nº.10).

Gráfico nº. 10: Distribuição da admissão do serviço



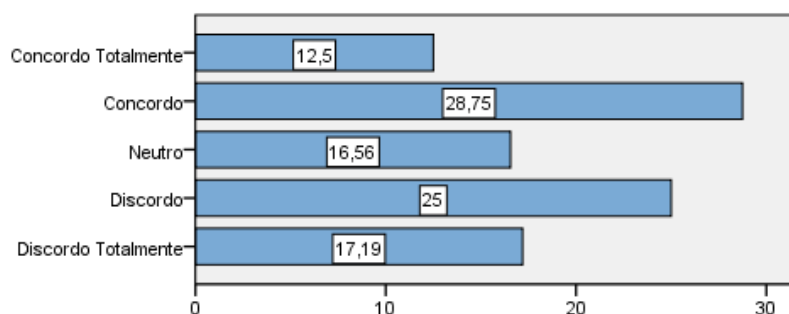
8.4. Análise das Dimensões em estudo

O grau de satisfação dos utentes é determinado por diversas variáveis, que não sendo de observação direta, devem estar associadas a um conjunto de indicadores, obtidos diretamente através das questões colocadas a cada utente interno e externo do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Santarém.

Admissão/Acessibilidade

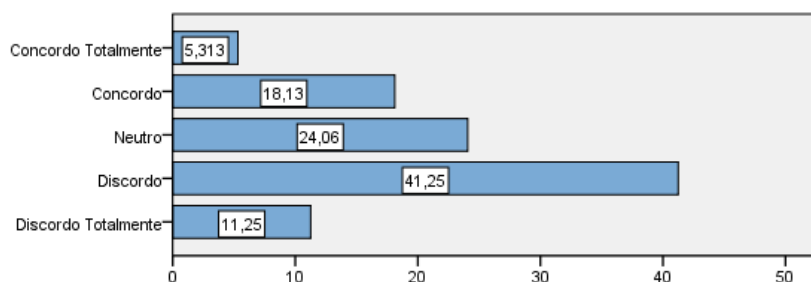
De uma forma global, nas questões relativas à “Admissão / Acessibilidade” observa-se uma positividade nos resultados obtidos.

Gráfico nº. 11: Se necessitar de tratamentos, consigo ser admitido sem qualquer problema



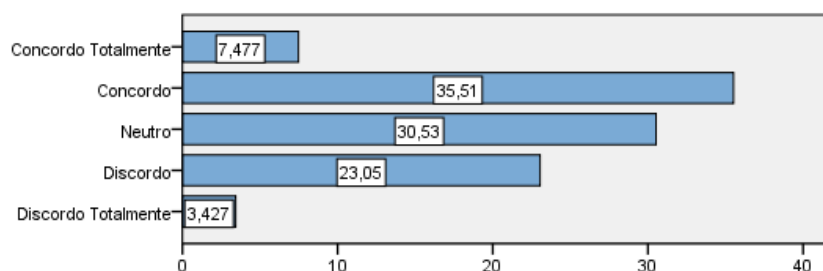
De acordo com o gráfico nº.11 a maioria dos participantes 28,75% concorda que necessitando de tratamentos consegue ser admitido sem qualquer problema, 12,5% dos participantes concordam totalmente.

Gráfico nº. 12: Normalmente fazem-me esperar muito tempo pela consulta quando estou no SMFR



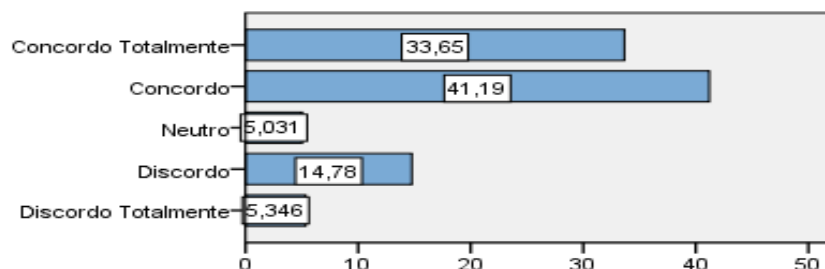
A maioria dos participantes, 41,25%, discorda que normalmente os fazem esperar muito tempo pela consulta quando se encontra no serviço MFR. 11,25% dos participantes discorda totalmente.

Gráfico nº. 13: O SMFR deveria estar aberto mais horas do que está



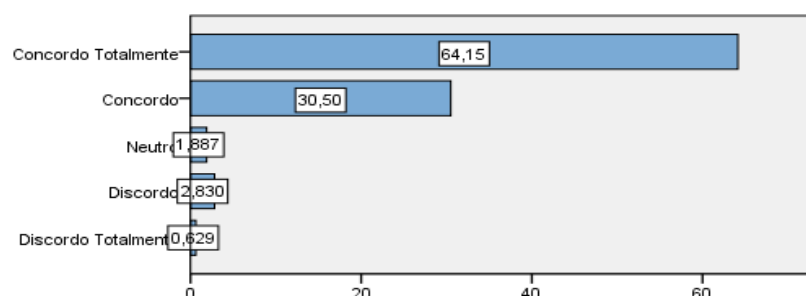
A maioria dos utentes concorda que o serviço de MFR deveria estar aberto mais horas, 35,51% dos participantes, 30,53% dos participantes não concorda nem discorda, enquanto 23,05% dos participantes discorda.

Gráfico nº. 14: Após a consulta os tratamentos iniciam-se rapidamente



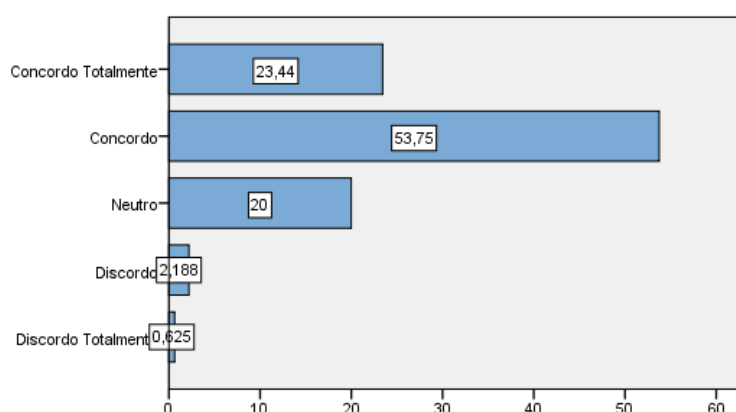
De acordo com o gráfico nº.14, 41,19% dos participantes concorda que após a consulta os tratamentos se iniciam rapidamente, enquanto 33,65% dos participantes concorda totalmente.

Gráfico nº. 15: Espero pouco tempo entre a chegada ao Serviço e o começo do tratamento



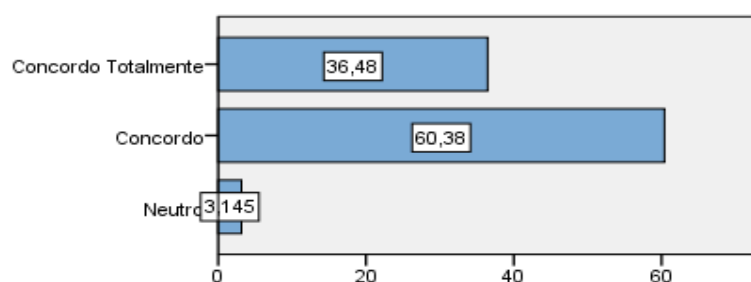
A grande maioria dos participantes concorda totalmente (64,15%) que esperou pouco tempo entre a chegada ao serviço e o começo do tratamento ou concorda (30,50%)

Gráfico nº. 16: O atendimento administrativo foi rápido



A maioria dos participantes, 53,75% concorda que o atendimento administrativo foi rápido e 23,44% dos participantes concorda totalmente.

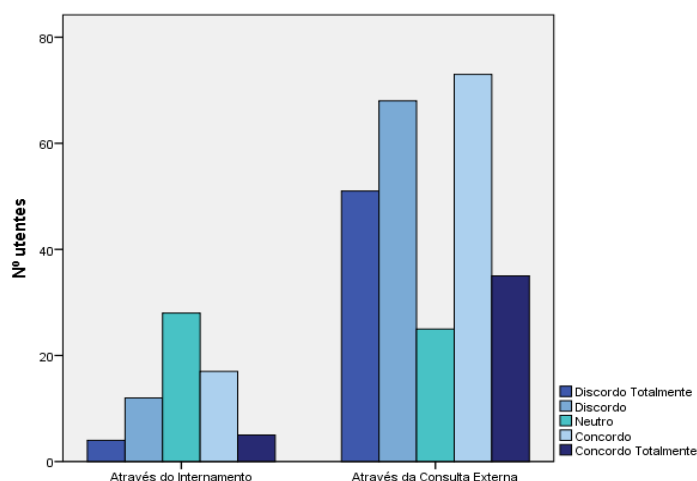
Gráfico nº. 17: Os assistentes operacionais (auxiliares) foram rápidos no atendimento



De acordo com o gráfico nº.17, 60,38% dos participantes concorda que os assistentes operacionais foram rápidos no atendimento e 36,48% dos participantes concordam totalmente.

Anteriormente vimos que 20,7% dos participantes inquiridos foram admitidos no SMFR através de internamento. Como processo de admissão/acessibilidade dos utentes externos é diferente dos utentes internos, achou-se relevante analisar estas questões separadamente para os dois grupos de participantes. Apenas nas questões 1, 2 e 23 é que se encontrou diferenças significantes entre as respostas dos dois tipos de utentes.

Gráfico nº. 18: Tipo de admissão vs. "Se necessitar de tratamentos, consigo ser admitido sem qualquer problema"



Verificou-se que dos 16,56% de participantes que responderam neutro à questão "se necessitar de tratamentos consigo ser admitido sem qualquer problema", 8,8% destes correspondiam a utentes internos.

Relativamente ao tempo de espera pela consulta (questão 2) e ao rápido atendimento administrativo (questão 23), verificou-se respetivamente que 17% e 14,8% dos utentes internos responderam neutro.

Gráfico nº. 19: Tipo de admissão vs. " Normalmente fazem-me esperar muito tempo pela consulta quando estou no SMFR"

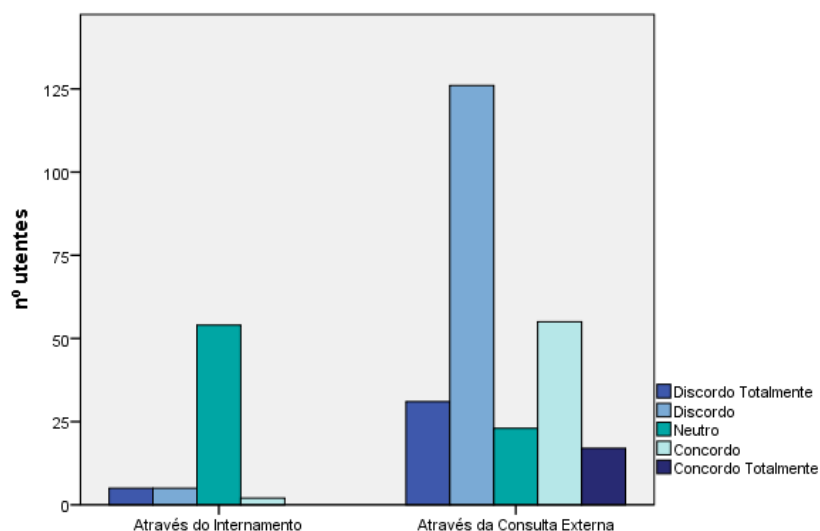
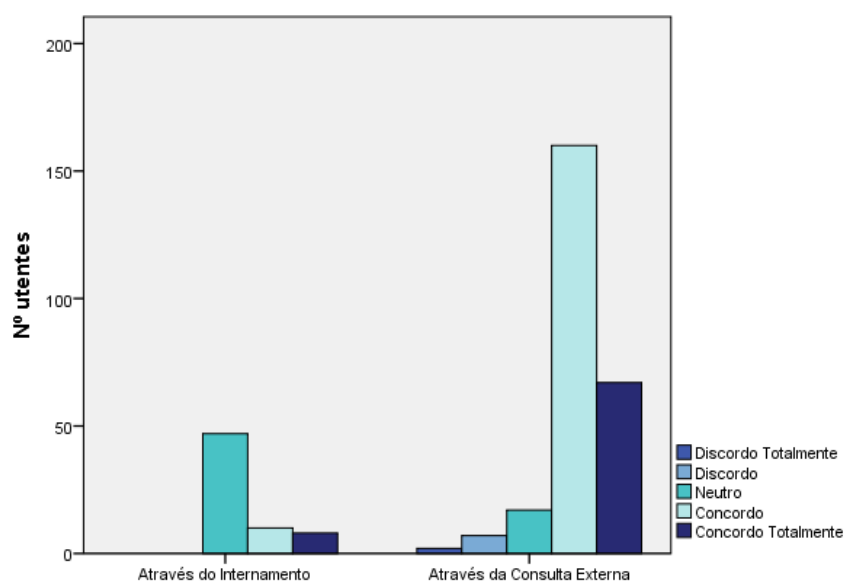


Gráfico nº. 20: Tipo de admissão vs. "O atendimento administrativo foi rápido"



Relações Interpessoais

A tabela 3 sintetiza as respostas obtidas relativamente às questões relacionadas com as Relações Interpessoais, ou seja, durante os inquéritos foi pedido aos utentes que avaliassem a performance dos FT/TO, médicos e outros profissionais (tais como assistentes de operacionais).

**Quadro nº. 6: Medidas Descritivas para as variáveis da dimensão Relações
Interpessoais**

		Relações Interpessoais		
		Média	Mediana	Desvio Padrão
FT/TO	Cortesia	4,79	5,00	0,386
	Atenção prestada	4,59	5,00	0,534
	Esclarecimento	4,51	4,50	0,561
	Respeito	4,41	5,00	1,137
	Clareza do Discurso	4,72	5,00	0,725
Médico	Disponibilidade	3,88	4,00	0,857
Outros Profissionais	Serviço prestado pelos Ass. Operacionais	4,40	4,00	0,562
	Simpatia do Ass. Administrativo	4,18	4,00	0,77

Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional

Relativamente à variável “Cortesia”, esta apresenta a média mais elevada entre todas as variáveis, a média de respostas é de 4,79 (DP=0,386). Quando se questionou os participantes se tinham sido tratados com cortesia pelos terapeutas, 78% dos participantes concordaram totalmente e 21,4% dos participantes concordou. 82,6% dos participantes concordaram totalmente e 15,8% dos participantes concordaram que os terapeutas se dirigiam a eles pelo seu nome.

No que respeita à variável “Atenção Prestada” a média de respostas é também elevada, 4,59 (DP=0,534), 77,7% dos participantes concordaram totalmente e 21,7% dos participantes concordaram que o terapeuta os ouviu atentamente. Relativamente ao tempo que o terapeuta está com cada utente, 58% dos participantes concorda totalmente que é suficiente e 33,5% dos participantes concorda.

A média de respostas da variável “Esclarecimento” é de 4,51 (DP=0,561). 68,2% dos participantes concordaram totalmente e 26,8% dos participantes concordaram que o terapeuta os informou sobre os objetivos a atingir. 51,7% dos participantes concordaram totalmente e 40,01% dos participantes concordaram que o terapeuta lhes tinha mostrado os progressos alcançados.

Relativamente à variável “Respeito” a média de respostas é de 4,41 (DP=1,137). 73,5% dos participantes discordaram totalmente que o terapeuta lhes tivesse pedido para fazerem atividades que lhes desagradaram e 19,2% dos participantes discordou.

Quando questionados se o terapeuta tinha sido brusco quando do tratamento 86,8% dos participantes discordaram totalmente e 12% dos participantes discordaram.

Quanto à variável “Clareza do Discurso” a média de respostas é de 4,72 (DP=0,725). 82,3% dos participantes discordaram totalmente e 13,2% discordaram que o terapeuta usa termos técnicos sem explicar o seu significado.

Assim, observou-se que mais de metade dos participantes estão totalmente satisfeitos com a clareza de discurso, respeito, cortesia, atenção prestada, esclarecimentos prestados pelos Fisioterapeutas/Terapeutas Ocupacionais.

Em qualquer uma das questões não se encontrou diferenças entre os utentes internos e os utentes externos (Gráfico nº. 21-28).

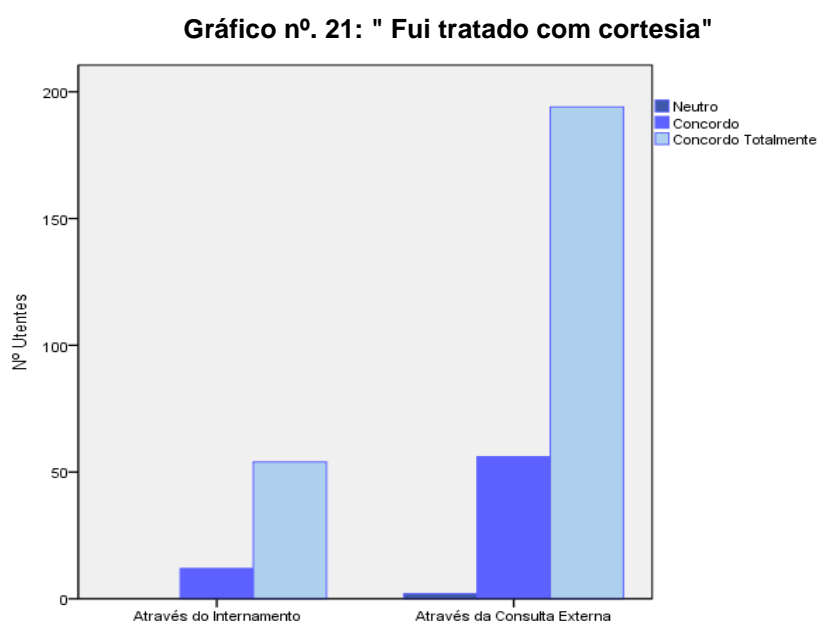


Gráfico nº. 22: " Os Terapeutas dirigiam-se a mim pelo meu nome"

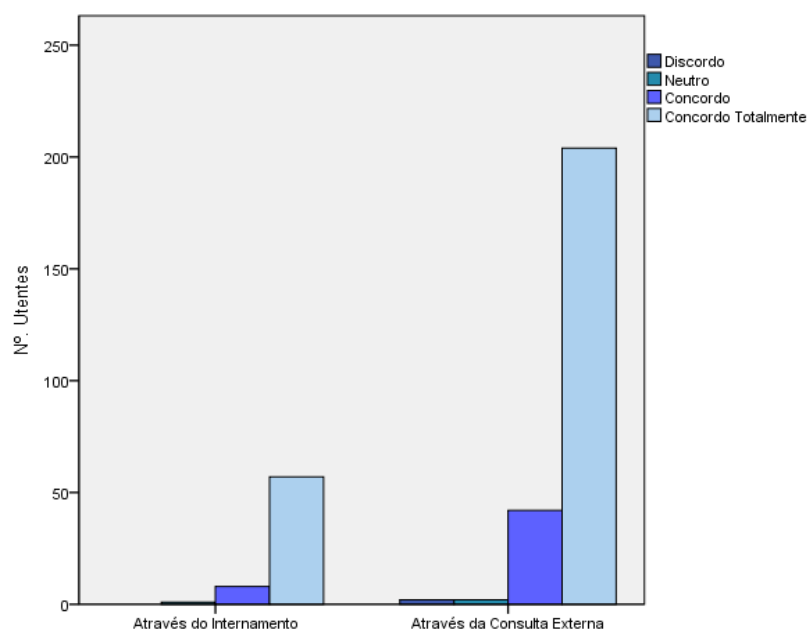


Gráfico nº. 23: " O Terapeuta ouviu-me atentamente"

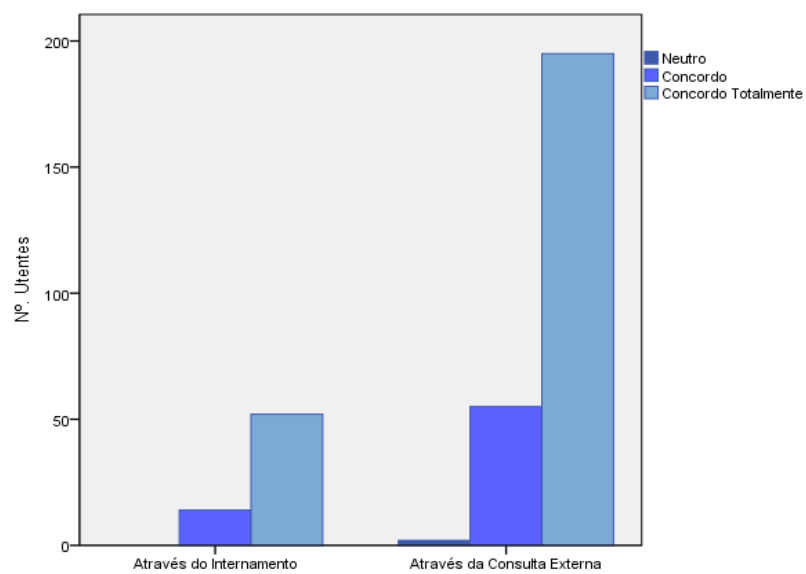


Gráfico nº. 24: " O Terapeuta está o tempo suficiente comigo"

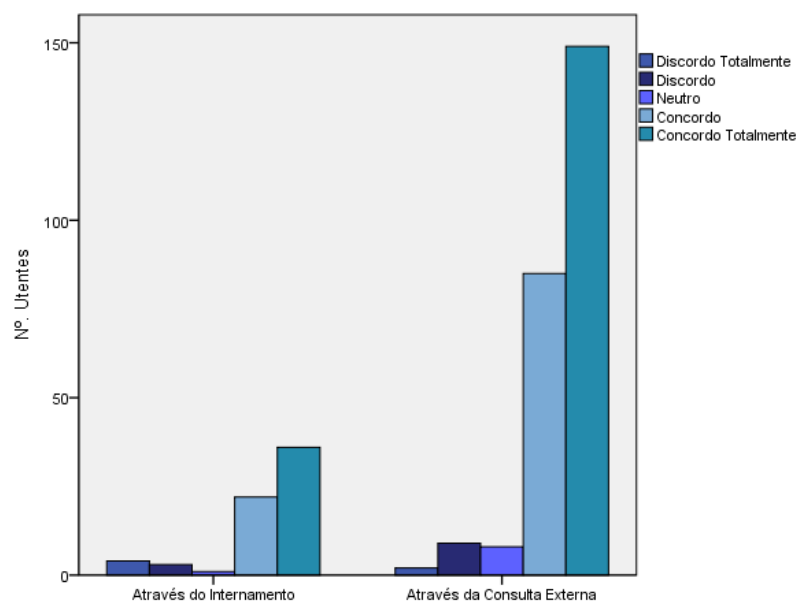


Gráfico nº. 25: " O Terapeuta informou-me sobre os objetivos a atingir"

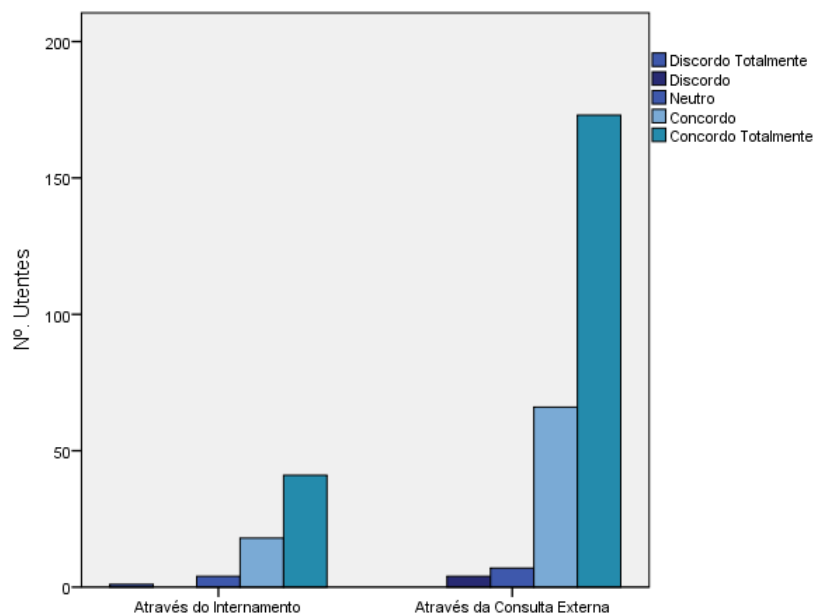


Gráfico nº. 26: " O Terapeuta mostrou-me os progressos que tenho alcançado"

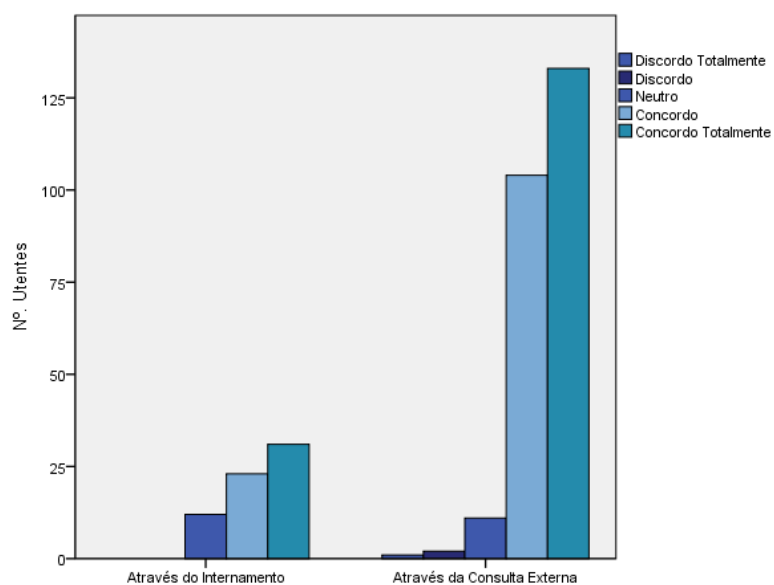


Gráfico nº. 27: " O Terapeuta pediu-me para fazer atividades que me desagradaram"

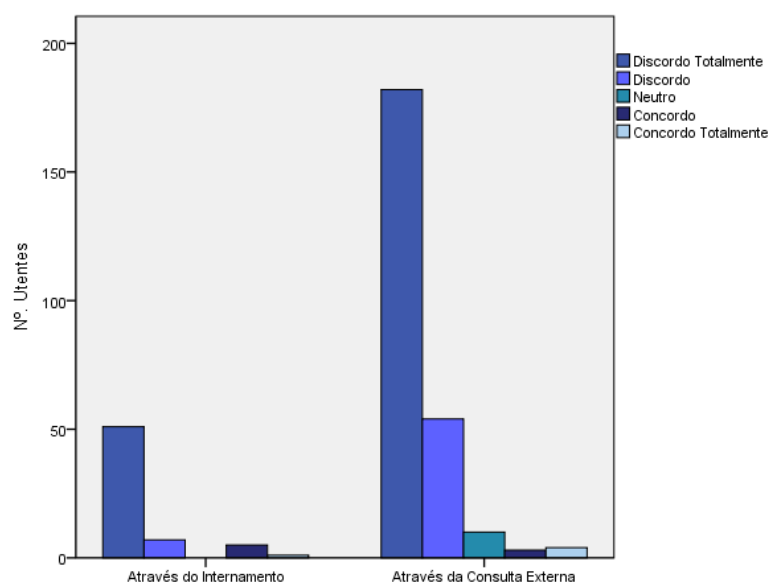
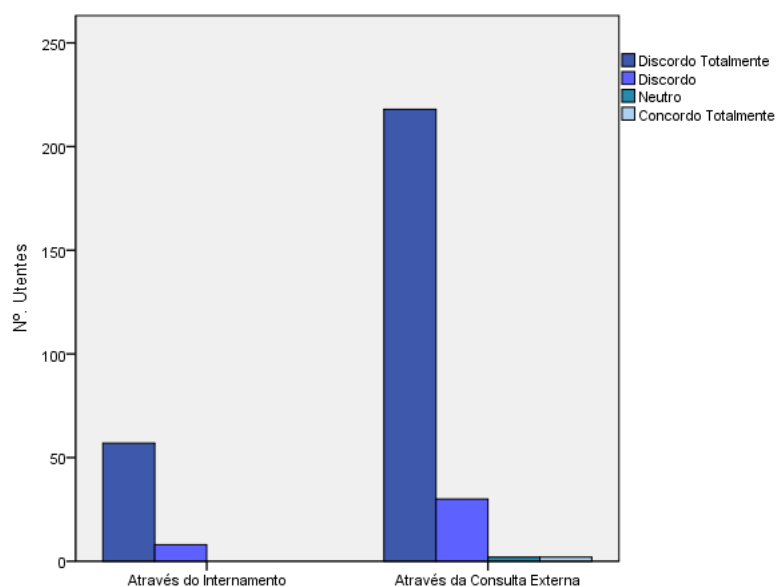


Gráfico nº. 28: " O Terapeuta foi brusco quando me fez o tratamento"

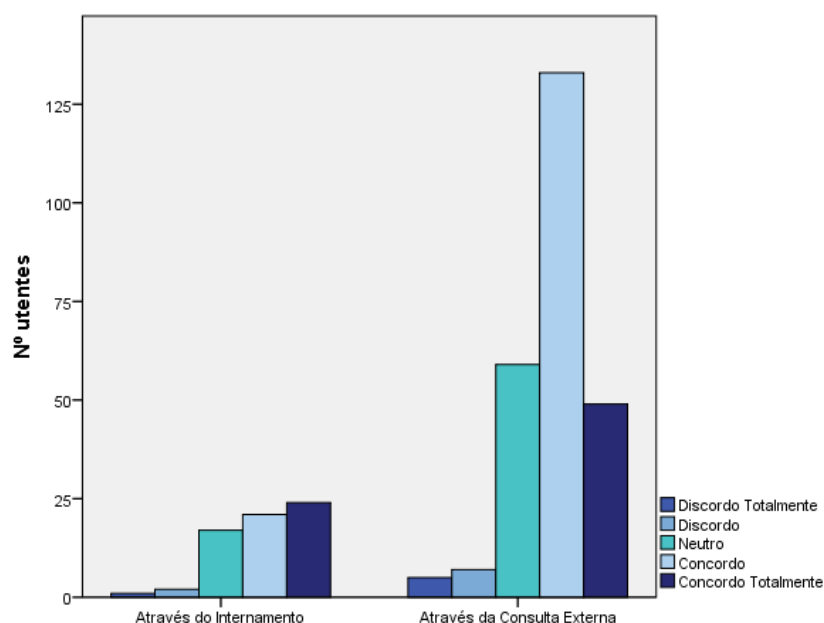


Médico

Quanto à variável "Disponibilidade" a média de respostas é de 3,88 (DP=0,857), 48,4% dos participantes concordaram que este se demonstrou disponível para responder às suas questões. Apenas 23% dos participantes concordaram totalmente.

Contudo existem diferenças entre as respostas dos utentes internos e externos. Assim, 36,9% dos participantes internados concordaram totalmente e 32,3% dos participantes internados concordaram que o médico, do internamento, se demonstrou disponível para responder às suas questões. Contrariamente apenas 19,4% dos participantes da consulta externa concordaram totalmente e 52,6% dos participantes da consulta externa concordaram que o médico fisiatra se demonstrou disponível (Gráfico nº.29).

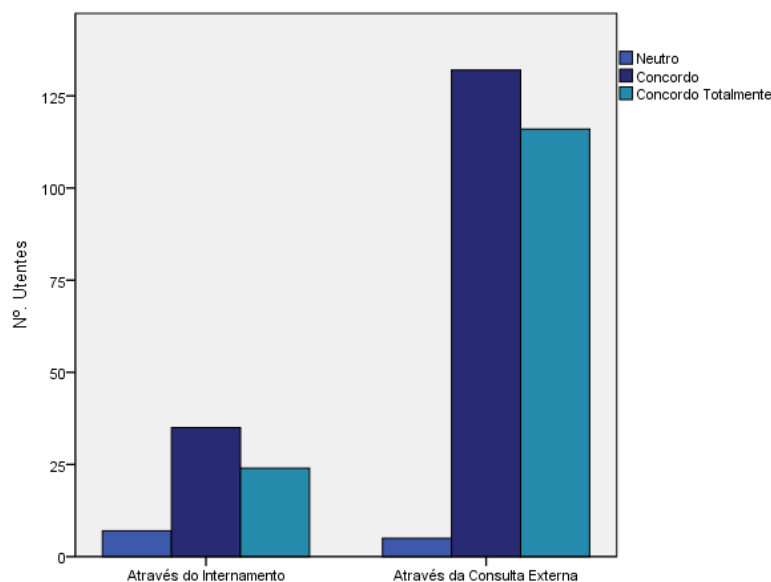
Gráfico nº. 29: Tipo de admissão vs. " O Médico mostrou-se disponível para responder às minhas perguntas"



Outros Profissionais

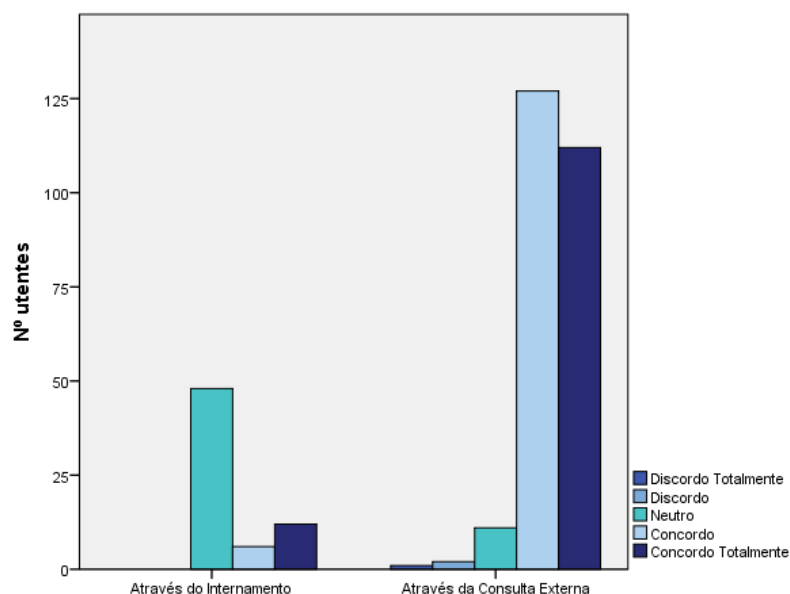
Relativamente à variável "Serviço prestado pelos assistentes operacionais" a média de respostas é de 4,40 (DP=0,562), 43,9% dos participantes concordaram totalmente e 52,5% dos participantes concordaram que estavam satisfeitos com o serviço prestado pelos assistentes operacionais. Não se encontraram diferenças significantes entre as respostas dos utentes internos e dos utentes externos (Gráfico nº.30).

Gráfico nº. 30: " Estou satisfeito com o serviço prestado pelos Assistentes Operacionais"



Quanto à variável "Simpatia do assistente administrativo" a média de respostas é de 4,18 (DP=0,77), 38,9% dos participantes concordaram totalmente e 41,7% dos participantes concordaram que o assistente técnico demonstrou simpatia no atendimento. Contudo, 72,7% dos participantes do internamento não concordaram nem discordaram quanto à simpatia do assistente administrativo e apenas 18,2% e 9% dos participantes do internamento concordaram totalmente ou concordaram, respetivamente. Enquanto 44,3% dos participantes da consulta externa concordaram totalmente e 50,2% concordaram que o administrativo demonstrou simpatia no atendimento (Gráfico nº.31).

Gráfico nº. 31: Tipo de admissão vs. " O Assistente Técnico (Administrativo) demonstrou simpatia no atendimento "

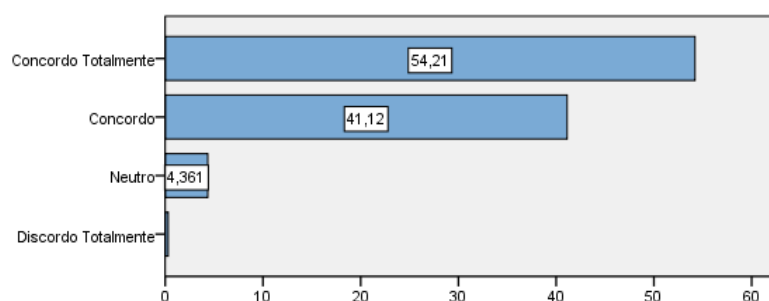


Em geral, conclui-se que os utentes estão bastante satisfeitos nas relações dedicadas tanto pelos FT/TO, como com o médico e outros profissionais.

Expetativas

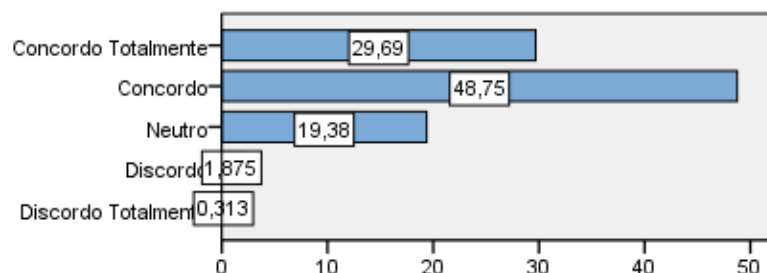
A dimensão “expetativas” em relação aos cuidados prestados no SMFR foi avaliada através das questões 41 e 27.

Gráfico nº. 32: Os resultados do trabalho do Terapeuta corresponderam às minhas expetativas



De acordo com o gráfico nº.32, 54,21% dos participantes concordaram totalmente e 41,12% dos participantes concordaram que os resultados do trabalho da terapeuta corresponderam às suas expetativas.

Gráfico nº. 33: O Médico mostrou ser competente



De acordo com o gráfico nº.33, 48,75% dos participantes concordaram e 29,69% dos participantes concordaram totalmente que o médico se demonstrou competente, 19,38% dos participantes não concordaram nem discordaram.

Em qualquer uma destas questões, não se encontrou diferenças significantes entre os utentes internos e os externos.

Participação ativa do utente no processo de tratamento

O quadro nº.7 sintetiza as respostas obtidas relativamente às questões relacionadas com a “Participação ativa no processo de tratamento”.

Quadro nº. 7: Medidas Descritivas para as variáveis da dimensão Participação ativa no processo de tratamento

	Participação activa do utente no processo do tratamento		
	Mean	Median	Std. Deviation
O médico explicou-me a minha situação clínica	3,71	4,00	1,20
O terapeuta explicou-me claramente o que fazer para seguir um programa de exercícios em casa.	4,43	5,00	0,82
Senti-me envolvido nas decisões relativas ao plano de tratamento.	4,48	5,00	0,77

Médico

Relativamente à variável “Explicação da situação clínica” a média de respostas é de 3,71 (DP=1,20). Embora 35,5% dos participantes concordaram e 30,5% dos participantes concordaram totalmente que o médico lhes explicou a sua situação clínica, existem diferenças entre as respostas dos participantes do internamento e da consulta externa. Quanto aos utentes do internamento, 12,3% do total de participantes concordaram totalmente e 4,1% concordaram. Quanto aos utentes da consulta externa, 31,4% do total de participantes concordaram e 18,2% concordaram totalmente.

Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional

A média de respostas relativa à variável “O terapeuta explicou-me claramente o que fazer para seguir um programa de exercícios em casa” é de 4,43 (DP=0,82), 60,5% dos participantes concordaram totalmente e 25,4% dos participantes concordaram que o terapeuta explicou claramente o que fazer para seguir um programa de exercícios em casa.

A média de respostas relativa à variável “Envolvimento no plano de tratamento” é de 4,48 (DP=0,77), 61,5% dos participantes concordaram totalmente e 29,3% dos participantes concordaram que se sentiram envolvidos no plano de tratamento.

Estrutura Física

O quadro nº.8 sintetiza as respostas obtidas relativamente às questões relacionadas com a dimensão “Estrutura Física”.

Quadro nº. 8: Medidas Descritivas para as variáveis da dimensão Estrutura Física

	Estrutura Física		
	Mean	Median	Std. Deviation
Localização do Serviço	4,07	4,00	0,73
Conforto das Instalações Sanitárias	2,60	3,00	1,13
Privacidade das Instalações Sanitárias	3,32	3,00	0,98
Ambiente	3,74	4,00	0,63
Iluminação	4,02	4,00	0,62
Higiene	4,06	4,00	0,66
Espaço do Serviço	2,95	3,00	1,22
Condições dos locais de espera	3,27	3,25	0,73
Sinalização	2,96	3,00	0,72
Equipamento disponível	2,46	2,00	1,07

Relativamente à localização do serviço a média de respostas é de 4,07 (DP=0,73), 61,4% dos participantes concordam que o serviço está bem localizado e 24,8% dos participantes concordam totalmente.

A média de respostas relativa ao conforto das instalações sanitárias é de 2,60 (DP=1,13). Enquanto 32,4% dos participantes não concordam nem discordam, 23,9% dos participantes discordaram que as instalações sanitárias sejam confortáveis e 21,4% dos participantes discordaram totalmente.

Quanto à privacidade das instalações sanitárias a média de respostas é de 3,32 (DP=0,98), 38,6% dos participantes concordaram que as instalações sanitárias têm privacidade, enquanto 36,1% dos participantes não concordaram nem discordaram.

Relativamente ao ambiente a média de respostas é de 3,74 (DP=0,63), 69,1% dos participantes concordaram que o serviço é silencioso, 62,8% dos participantes concordaram que o serviço é confortável e 67,9% dos participantes concordaram que o serviço é agradável.

Quanto à iluminação a média de respostas é de 4,02 (DP=0,62), 74% dos participantes concordaram que o serviço está bem iluminado.

A média de respostas relativa à higiene é de 4,06 (DP=0,66), 71,1% dos participantes concordaram que as instalações estão limpas.

Relativamente ao espaço do serviço a média de respostas é de 2,95 (1,22), 35,8% dos participantes não concordaram nem discordaram que o serviço é espaçoso enquanto 29,6% dos participantes discordaram.

Quanto às condições dos locais de espera a média de respostas é de 3,27% (DP=0,73), 40% dos participantes discordaram que os locais de espera sejam confortáveis, 19,7% discordaram totalmente e apenas 26,1% dos participantes concordaram. Relativamente à limpeza dos locais de espera 75,9% dos participantes concordam que os locais de espera estão limpos, 65,4% dos participantes concordaram que os locais de espera estão bem iluminados. Quanto à temperatura dos locais de espera 38,2% concordaram que a temperatura é a adequada enquanto 32,3% dos participantes discordaram.

Relativamente à sinalização a média de respostas é de 2,96 (DP=0,72), 42,3% dos participantes concordaram que o caminho para o serviço está bem sinalizado e 21,6% dos participantes não concordaram nem discordaram. No entanto, 10,3% dos participantes correspondem a utentes internos que responderam não concordarem nem discordarem, enquanto 35,4% dos participantes correspondem a utentes externos que

concordaram. Quanto à dificuldade para entrar nas instalações a partir do parque de estacionamento 38,6% dos participantes discorda que tenha tido dificuldade enquanto 27% dos participantes não concordaram nem discordaram, 36,1% dos participantes responderam que discordam e são utentes externos. Enquanto 12,9% dos participantes que responderam não concordarem nem discordarem são utentes internos.

Quanto ao equipamento disponível a média de respostas é de 2,46 (DP=1,07). A maioria dos participantes não concorda (27%) ou discorda totalmente (23,5%) que o número de aparelhos do serviço é o adequado.

Assim, e de uma forma geral, os utentes mostraram-se muito satisfeitos quanto à localização do serviço, ao ambiente, à iluminação e à higiene. No que respeita ao conforto e privacidade das instalações sanitárias, ao espaço do serviço e à sinalização os utentes não revelam uma opinião definida. No entanto, quanto ao equipamento disponível, mais de 50% dos inquiridos não concorda que o número de aparelhos do SMFR seja adequado.

Aspetos Financeiros

O quadro nº.9 sintetiza as respostas obtidas relativamente às questões relacionadas com a dimensão “Aspetos Financeiros”.

Quadro nº. 9: Distribuição do grau de satisfação dos inquiridos em relação ao preço dos tratamentos e motivo para a não realização de tratamentos

		Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente	Missing	Total
O preço dos tratamentos é acessível	Frequency	14	29	182	60	34	2	321
	Percent	4,4	9,0	56,7	18,7	10,6	0,6	100,0
	Valid Percent	4,4	9,1	57,1	18,8	10,7		100,0
	Cumulative Percent	4,4	13,5	70,5	89,3	100,0		
Por vezes, não faço os tratamentos de fisioterapia porque são caros	Frequency	60	60	152	26	20	3	321
	Percent	18,7	18,7	47,4	8,1	6,2	0,9	100,0
	Valid Percent	18,9	18,9	47,8	8,2	6,3		100,0
	Cumulative Percent	18,9	37,7	85,5	93,7	100,0		

Relativamente ao preço dos tratamentos, 56,7% dos participantes não concordaram nem discordaram que o preço dos tratamentos seja acessível. As respostas dos utentes internos contribuem para este resultado uma vez que 15,5% destes utentes terem

respondido que não concordavam nem discordavam enquanto 16,1% dos participantes da consulta externa concordaram que os preços dos tratamentos são acessíveis.

Quanto à não realização dos tratamentos de fisioterapia por serem caros, 47,4% dos participantes também não concordaram ou discordaram que por vezes não fazem os tratamentos de fisioterapia porque são caros, 11,1% dos utentes internos responderam não concordarem nem discordarem. Enquanto 36,1% dos utentes da consulta externa também responderam não concordarem nem discordarem, 17,1% destes utentes discordaram e 15,5% discordaram totalmente.

Satisfação Global

O quadro nº.10 sintetiza as respostas obtidas relativamente às questões relacionadas com a dimensão “Satisfação global”.

**Quadro nº. 10: Distribuição do grau de satisfação dos inquiridos na dimensão
Satisfação Global**

		Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente	Missing	Total
Vou voltar a este Serviço caso necessite novamente de tratamentos	Frequency	2		8	67	244		321
	Percent	0,6		2,5	20,9	76,0		100
	Valid Percent	0,6		2,5	20,9	76,0		100
	Cumulative Percent	0,6		3,1	24,0	100,0		
Vou recomendar este Serviço a um familiar/amigo que necessite de Fisioterapia	Frequency			13	98	209	1	321
	Percent			4,0	30,5	65,1	0,3	100,0
	Valid Percent			4,1	30,6	65,3		100
	Cumulative Percent			4,1	34,7	100,0		
Na globalidade, estou satisfeito com as instalações	Frequency	6	58	45	186	24	2	321
	Percent	1,9	18,1	14,0	57,9	7,5	0,6	100,0
	Valid Percent	1,9	18,2	14,1	58,3	7,5		100
	Cumulative Percent	1,9	20,1	34,2	92,5	100,0		

Quando questionados se voltariam ao serviço caso necessitassem novamente de tratamento 76% dos participantes concordaram totalmente e 20,9% dos participantes concordaram, 65,1% e 30,5% dos participantes concordaram totalmente ou concordaram que iriam recomendar este serviço a familiares ou amigos que necessitassem de fisioterapia, 57,9% dos participantes concordaram que estavam satisfeitos com as instalações, de uma forma global.

Em qualquer uma destas questões, não se encontrou diferenças significantes entre os utentes internos e os externos (Gráfico nº.34, 35 e 36).

Gráfico nº. 34: Vou voltar a este serviço caso necessite novamente de tratamentos

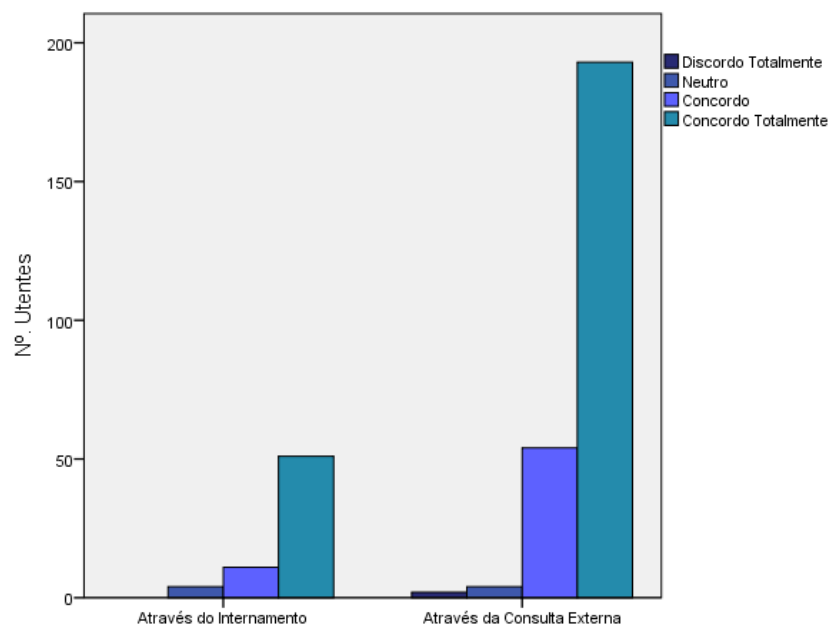


Gráfico nº. 35: Vou recomendar este serviço a um familiar/amigo que necessite de Fisioterapia

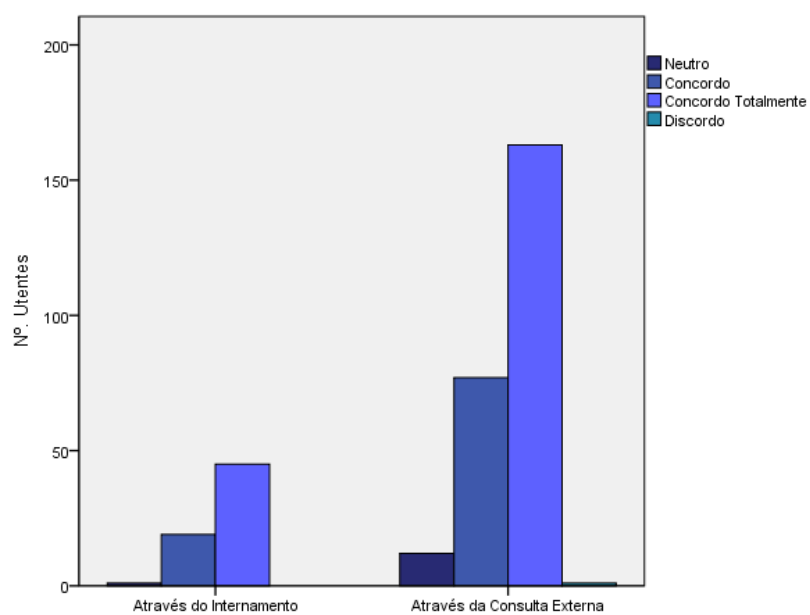
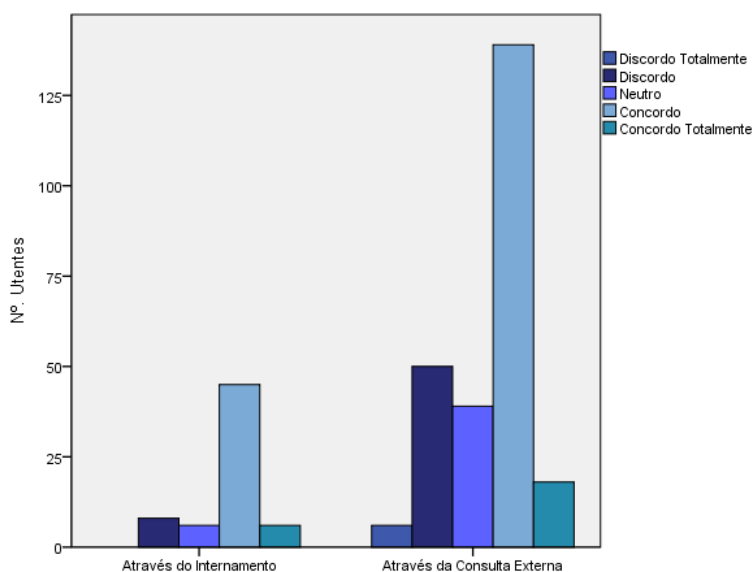
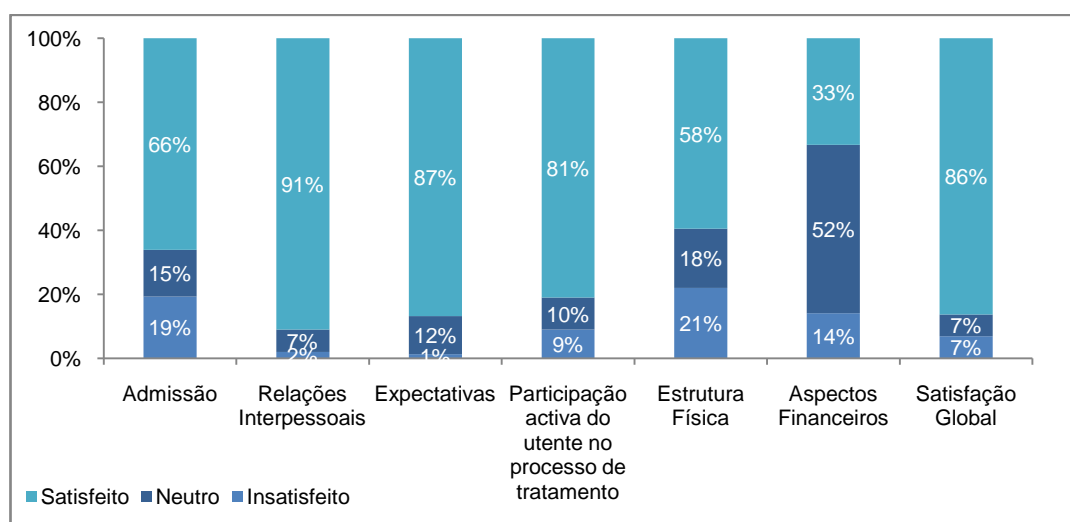


Gráfico nº. 36: Na globalidade, estou satisfeito com as instalações



De uma forma sucinta, o gráfico nº.37 apresenta o grau de satisfação dos utentes em todas as dimensões. Agregaram-se as respostas “Discordo Totalmente” e “Discordo” numa só categoria denominada por “Discordo” e de forma semelhante, fez-se o mesmo para as respostas “Concordo” e “Concordo Totalmente”, tendo-se em consideração que algumas das questões estavam feitas de forma inversa. Assim, observa-se um elevado grau de satisfação nas dimensões “Relações Interpessoais” (91%), “Satisfação Global” (86%), “expectativas” (87%), “Participação ativa do utente no processo de tratamento” (81%).

Gráfico nº. 37: Distribuição do grau de satisfação dos utentes segundo as dimensões



No que se refere à *admissão/acessibilidade* os resultados apontam para um grau de satisfação elevado (66%). Dentro desta dimensão as variáveis com que os utentes estão mais satisfeitos correspondem ao tempo de espera entre a chegada ao serviço e o início dos tratamentos (94,65%) e o tempo de atendimento dos assistentes operacionais (96,86%).

Relativamente às *relações interpessoais* os resultados apontam para um grau de satisfação também muito elevado (91%). Dentro desta dimensão as variáveis com que os utentes estão mais satisfeitos correspondem à cortesia (98,95%), clareza do discurso do terapeuta (95,5%) e respeito com que o terapeuta os trata (95,75%).

Relativamente às *expetativas* os resultados apontam para um grau de satisfação muito elevado (87%). Dentro desta dimensão a variável com que os utentes estão mais satisfeitos corresponde aos resultados do trabalho da terapeuta ter correspondido às suas expetativas (95,41%).

Em termos de *participação ativa* do utente no processo de tratamento os resultados apontam para um grau de satisfação também muito elevado (81%). Dentro desta dimensão a variável com que os utentes estão mais satisfeitos corresponde ao envolvimento no plano de tratamento (90,8%).

Em termos de *estrutura física* do SMFR os resultados apontam para um grau de satisfação elevado (58%). Dentro desta dimensão a variável com que os utentes estão mais satisfeitos corresponde à localização do serviço (86,2%), higiene (91,1%), iluminação (90%) e ambiente (75%). No que respeita ao conforto e privacidade das instalações sanitárias, ao espaço do serviço e à sinalização os utentes não revelam uma opinião definida. Quanto ao equipamento disponível, mais de 50% dos inquiridos não concorda que o número de aparelhos do SMFR seja adequado.

Em termos de *aspetos financeiros* os resultados apontam para um grau de satisfação muito baixo (33%), uma vez que a maioria dos participantes não se considera satisfeito nem insatisfeito, maioritariamente por desconhecimento.

Durante o preenchimento do questionário, alguns utentes foram deixando alguns comentários. O quadro seguinte refere alguns dos comentários feitos pelos participantes que poderão ajudar a melhorar a qualidade dos serviços prestados (Quadro 11).

Quadro nº. 11: Comentários

- “Mesmo que os tratamentos sejam caros, tenho que os fazer porque senão pioro.”
- “Os resultados do trabalho do terapeuta não corresponderam às minhas expetativas, porque não está nas mãos dele. Tenho que falar com o médico porque a operação não correu muito bem.”
- “1 Mês e meio à espera de consulta.”
- “A médica nem os exames viu”
- “A médica não me atendeu bem”
- “A médica limitou-se a fazer o que o outro mandou”
- “Tive pouco tempo com o médico”
- “Tive dificuldade em entrar nas instalações em ambas as entradas”
- “O terapeuta foi brusco, usa termos técnicos...a gente não gosta, mas é para o nosso bem”
- “Consigo ser admitido para tratamentos no espaço de 1 semana”
- “Após a consulta os tratamentos iniciam-se em 10 dias”
- “Se a gente diz mal disto, vai lá para fora ainda esta pior”
- “Não há transportes até às 6h”
- “Nem por isso, mas vim do ortopedista que me queria operar aos pés e ainda não estou esclarecido”
- “Os terapeutas dirigem-se a mim, por “a senhora”
- “Disse o que eu já sabia, pelo médico que me operou”
- “As pessoas dizem mal dos hospitais. Tem que se convencer que não vem para um hotel de 5 estrela”
- “Só falei 2 vezes c ela, não sei se e competente”
- “O caminho está bem sinalizado: filho, maqueiro, bombeiro”
- “Acho que os tratamentos deviam ser logo agendados para o dia seguinte”
- “O médico é que explicou por isso ela só passou o papel. Eu trazia o relatório”
- “O médico assistente é que explicou”
- “Se não fosse competente não estava aqui”
- “Não podemos ser exigentes”
- “O médico parece ser boa pessoa”
- “Os tratamentos iniciam em 2 meses”
- “O nº de aparelhos não chega porque o povo é muito”
- “Se poder vou fazer tratamentos a Almeirim, não tenho dinheiro e escusava de ter que pagar ambulância”
- “É cansativo o SMFR estar aberto mais horas”
- “Não posso dizer se o medico e competente ou não”
- “O operador explicou tudo”

- “É o melhor não há igual em lado nenhum já fiz em Almeirim, chamusca”
- “Já trabalham tanto, coitadinhas”
- “Sanitas são baixas e a perna não dá. Não tem urinol”
- “Tratamentos iniciam em 3 semanas”
- “As instalações podiam ser melhores. Tanto para mim como para as terapeutas”
- “O hospital não pode estar aberto em todo o lado”
- “Não andava nada e agora já ando um bocadinho”
- “Venho para cá com tantas dores que não tenho disposição para reparar nessas coisas”
- “A gente não vem para ver se está tudo bem”
- “Transporte caro, 10 euros”
- “Não foi informada do preço, já vai na 2ª sessão. Doente disse: se eu soubesse que eu ia pagar 6€ por dia como já estou melhor não fazia mais”
- “Mais privacidade. Homem para um lado mulheres para outro”
- “Temperatura do local mais quente”
- “Os terapeutas cansam-me”
- “A operação correu bem daqui a 3 meses esta boa. Acha que isto é explicação?”

Fonte; Elaboração própria

8.5. Análise Correlacional das dimensões com a satisfação Global dos utentes

Qual dos domínios das dimensões relações interpessoais e estrutura física mais se associam à satisfação Global dos utentes?

O estudo das relações entre cada domínio das dimensões relações interpessoais e estrutura física, para a amostra total, permite-nos responder à questão colocada.

Podemos verificar pela análise dos resultados do Quadro 12, que todos os domínios analisados estão significativamente correlacionados ($p \leq 0.01$ e $p \leq 0.05$) com a dimensão satisfação global. Contudo, podemos ordenar os valores correlacionais segundo a seguinte ordem de importância:

1º Ambiente ($r = 0.543$, $p \leq 0.00$);

2º Condições locais ($r = 0.460$, $p \leq 0.00$);

3º Esclarecimento ($r = 0.363$, $p \leq 0.00$);

4º Atenção prestada ($r = 0.355$, $p \leq 0.00$);

5º Cortesia ($r = 0.337$, $p \leq 0.00$);

6º Sinalização ($r = 0.239$, $p \leq 0.00$);

7º Serviço Auxiliares ($r = 0.238$, $p \leq 0.00$);

8º Respeito ($r = 0.197$, $p \leq 0.00$);

9ª Disponibilidade ($r = 0.195$, $p \leq 0.03$);

10º Clareza do discurso ($r = 0.126$, $p \leq 0.00$);

11ª Serviço Administrativo ($r = 0.120$, $p \leq 0.31$).

Em suma, não há uma predominância clara em relação à ordem de importância assumida por qualquer dos domínios considerados da dimensão estrutura física e relações interpessoais em relação à perceção de satisfação global dos utentes, ou seja, ambas as dimensões contribuem de forma similar para a satisfação global dos utentes.

**Quadro nº. 12: Valores das correlações de cada um dos domínios com a
Satisfação global dos utentes (n = 321)**

	Cortesia	Atenção Prestada	Esclarecimento
Satisfação Global	,337**	,355**	,363**
	(,000)	(,000)	(,000)

	Respeito	Clareza do discurso	Disponibilidade
Satisfação Global	,197**	,126**	,165**
	(,000)	(,000)	(,003)

	Serviço Auxiliares	Serviço Administrativo
Satisfação Global	,238**	,120*
	(,000)	(,031)

	Ambiente	Condições locais	Sinalização
Satisfação Global	,543**	,460**	,239**

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internos e Externos do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação

	(,000)	(,000)	(,000)
--	--------	--------	--------

Nota 1 – Entre parêntesis os níveis de significância

Nota 2 – **. A Correlação é significativa ao nível 0.01 ($p \leq 0.01$)

9. Discussão de Resultados

A análise da consistência interna do questionário revelou uma fiabilidade bastante satisfatória ($\alpha = ,834$ – valor elevado).

A medida da satisfação dos utentes permite conhecer a sua opinião sobre os diferentes componentes dos serviços de saúde, humanos, técnicos e logísticos (Ware, Snyder e Wright *et al.*, 1983; Cleary e McNeil 1988; Fitzpatrick, 1991). O grau de satisfação permite fazer uma avaliação individual de cuidados que não poderia ser compreendida por observação dos cuidados, Ware, Snyder e Wright *et al.*, (1983). É também um reflexo das necessidades e expectativas pessoais do utente e a realidade dos cuidados de saúde (Sitzia e Wood, 1997).

Paúl, Martim e Roseira (1999), destacam a importância da obtenção dos níveis de satisfação dos utentes, pois é a partir destes indicadores que a instituição prestadora de cuidados de saúde e os profissionais que a ela pertencem poderão ter conhecimento da eficácia das intervenções efetuadas e das políticas implementadas.

Dos participantes no estudo verifica-se que o sexo feminino é o que tem maior representatividade (67%), o que está de acordo com os dados nacionais em que população é maioritariamente feminina (INE- Instituto Nacional Estatística).

Relativamente à faixa etária, a maioria dos participantes situam-se no escalão dos 54 anos aos 71 anos, tanto no sexo feminino como no masculino. Estudos de William e Calman (1991), citados por Sitzia e Wood, 1997, concluíram que os utentes mais idosos apresentam maior grau de satisfação com os cuidados hospitalares, do que os utentes mais novos.

Quanto ao nível de escolaridade dos utentes 40,9% dos participantes não tem escolaridade, 30% dos utentes têm o ensino secundário, 15% tem o ensino básico e 14% dos utentes o ensino superior. O cruzamento com a variável idade demonstra que o nível de instrução tende a diminuir à medida que a idade aumenta. Os indivíduos que não sabem ler nem escrever ou sabem ler e escrever mas não têm grau de ensino concentram-se maioritariamente nos escalões acima dos 63 anos. É importante referir que o SMFR cobre uma população, numa distribuição mista de agregados populacionais e de uma dispersão rural muito acentuada, de populações envelhecidas e submetidas a um isolamento que nem as famílias nem as escassas estruturas de apoio social existentes conseguem evitar. Níveis de satisfação mais elevados estão associados a

níveis mais baixos de escolaridade (Sepúlveda 1998; Sitzia e Wood, 1997). Alguns autores justificam que quanto maior é o nível de educação do utente, menor é o grau de satisfação, devido a este tipo de utente apresentar elevadas expetativas em relação aos cuidados de saúde, expetativas, essas que não são alcançadas (Hall e Dornan 1990, Hughes 1991, citados por Sitzia e Wood 1997).

Dos 321 utentes inquiridos, verificou-se que 43,6% dos participantes estavam a realizar tratamentos de fisioterapia pela primeira vez, 73,2% dos participantes estavam a fazer Fisioterapia pela primeira vez no Hospital de Santarém. Estudos de Hulka et al. (1975) e Weinberger et al. (1981), citados por Weiss (1988), demonstram que os utentes que há mais tempo são seguidos pelo mesmo médico, são aqueles que apresentam maior grau de satisfação

Após a apresentação e a análise dos resultados obtidos vamos dar resposta aos objetivos propostos estabelecidos previamente.

Um dos objetivos deste trabalho é a avaliação do grau de satisfação dos utentes internos e externos do Serviço de Medicina Física e Reabilitação com o processo de admissão / acessibilidade. Observou-se de uma forma positiva que os utentes estão satisfeitos com o processo de admissão. Tendo 41,25% dos participantes revelado que consegue ser admitido sem qualquer problema caso necessite de tratamentos, 94,65% dos participantes revelaram que esperam pouco tempo entre a chegada ao serviço e o início do tratamento, 52,5% dos participantes afirma que não esperam muito tempo pela consulta quando se encontram no serviço de MFR, 74,84% dos participantes revelam que após a consulta os tratamentos se iniciam rapidamente, 77,19% dos participantes revelam que o atendimento administrativo é rápido e 96,86% dos participantes revelam que os assistentes operacionais foram também rápidos no atendimento.

No entanto 43,2% dos participantes sugere que o SMFR deveria estar aberto mais horas. Por um lado esta observação poderá estar relacionada com a vida ativa dos participantes, em que 46% têm uma profissão. Outra razão para esta situação e embora a maioria dos participantes tenha revelado estar satisfeito com o tempo necessário para ser admitido no serviço de MFR ou para iniciar tratamentos, poderá dever-se à existência de lista de espera, como referido nos comentários deixados pelos participantes: “1 mês e meio à espera de consulta”; “Consigo ser admitido para tratamento no espaço de uma semana”; “Após a consulta os tratamentos iniciam-se em 10 dias”; “Acho que os tratamentos deveriam ser logo agendados para o dia seguinte”; “Os tratamentos iniciam-se em 2 meses”.

Nas questões 1, 2 e 23 verifica-se ainda que existem diferenças significativas entre as respostas dos dois tipos de utentes. Verificou-se que dos 16,56% de participantes que responderam neutro à questão “se necessitar de tratamentos consigo ser admitido sem qualquer problema”, 8,8% destes correspondiam a utentes internos. Esta situação resultará do facto de os utentes internos serem considerados utentes prioritários no acesso aos tratamentos de fisioterapia devido ao seu diagnóstico. Relativamente ao tempo de espera pela consulta (questão 2) e ao rápido atendimento administrativo (questão 23), verificou-se respetivamente que 17% e 14,8% dos utentes internos responderam neutro. Tal situação poderá dever-se ao facto de os utentes internos serem encaminhados diretamente do serviço em que estão internados para o serviço de MFR, sem que necessitem de uma consulta de fisioterapia ou de serem atendidos pelo administrativo.

Os aspetos interpessoais são considerados a principal dimensão da satisfação, constituída principalmente por dois fatores: comunicação e empatia (Cleary et al, 1988; Pascoe, 1983; Lewis, 1994, Hall & Dornann, 1988, Green et al, 1994; citados por Keith, 1998).

Das diferentes variáveis em análise, relativas ao Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e tendo em conta as médias de resposta, os aspetos interpessoais que os utentes mais valorizaram e aqueles com que ficaram mais satisfeitos são (por ordem decrescente de importância): cortesia, clareza do discurso, respeito, atenção prestada e esclarecimentos prestados.

Relativamente à variável “Cortesia”, esta apresenta a média mais elevada entre todas as variáveis. A média de respostas é de 4,79 (DP=0,386), 99,4% dos participantes revela ter sido tratado com cortesia e 98,5% dos participantes revela ainda que os terapeutas se dirigiam a eles pelo seu nome.

No que respeita à variável “Atenção Prestada” a média de respostas é também elevada, 4,59 (DP=0,534), 99,4% dos participantes afirmam que o terapeuta os ouviu atentamente e 91,5% dos participantes revelam que o tempo despendido pelo fisioterapeuta consigo é suficiente.

A média de respostas da variável “Esclarecimento” é de 4,51 (DP=0,561), 95% dos participantes revelaram que o terapeuta os informou dos objetivos a atingir e 91,71% dos participantes revelaram que o terapeuta lhes tinha mostrado os progressos alcançados.

Relativamente à variável “Respeito”, e uma vez que as questões estão colocadas na negativa, a média de respostas é de 4,41 (DP=1,137), 92,7% dos participantes

revelaram que o fisioterapeuta não lhes tinha pedido para fazerem atividades que lhes desagradaram e 98,8% revelaram que o terapeuta não tinha sido brusco.

Quanto à variável “Clareza do Discurso”, a questão foi também colocada na negativa. A média de respostas é de 4,72 (DP=0.725), 95,5% dos participantes revelam que o terapeuta não usa termos técnicos sem explicar o seu significado.

Em qualquer uma das questões não se encontrou diferenças significantes entre os utentes internos e os externos.

Estes resultados vêm ao encontro dos Padrões de Prática da APF (APF, 2005), no reconhecimento da importância do utente como indivíduo em todos os aspetos da relação terapêutica (Padrão 1 da APF), o Fisioterapeuta deve pautar a sua atuação como profissional cordial e atencioso (Padrão 1.2 da APF). O Fisioterapeuta deve perguntar aos utentes o nome pelo qual desejam ser chamados (Padrão 1.3 da APF). A questão n.º34 reflete a importância de os Fisioterapeutas acordar com utentes objetivos comuns (Padrão 13.3 da APF).

Os resultados encontrados estão também de acordo com as investigações de Beattie e Nelson, (2008) e May (2001), que referem que os aspetos mais correlacionados com a satisfação geral do utente em Fisioterapia relacionam-se com a qualidade da interação terapeuta/utente, como o respeito com que o fisioterapeuta trata o utente, explica o tratamento ou responde a perguntas do utente. Trede (2000) também verificou que todos os utentes valorizam uma boa relação interpessoal com os seus Fisioterapeutas, este refere-se a uma boa relação interpessoal como sendo a ferramenta mais eficaz de aprendizagem e que uma boa capacidade de comunicação possibilita a obtenção de melhores resultados nos tratamentos, levando a uma maior satisfação por parte dos utentes.

Relativamente ao médico avaliou-se a sua disponibilidade. Mezomo (2001) refere que a perceção de qualidade se baseia frequentemente em indicadores como a disponibilidade do profissional de saúde, o seu interesse pelo caso individual e a sua dedicação.

A média de respostas é de 3,88 (DP=0,857). Embora 71,4% dos participantes tenha revelado que o médico se tinha demonstrado disponível para responder às suas perguntas, existem diferenças entre as respostas dos utentes internos e externos que importa analisar.

Assim, 69,2% dos participantes internados e 72% dos utentes da consulta externa demonstraram que o médico se demonstrou disponível. Contudo 36,9% dos participantes internados concordaram totalmente e 32,3% dos participantes internados

concordaram que o médico, do internamento, se demonstrou disponível para responder às suas questões. Contrariamente apenas 19,4% dos participantes da consulta externa concordaram totalmente e 52,6% dos participantes da consulta externa concordaram que o médico fisiatra se demonstrou disponível. A percentagem de respostas “concordo totalmente” mais baixa dos utentes externos poderá dever-se ao facto de os participantes se deslocarem à consulta com o médico fisiatra após terem sido reencaminhados por outro médico, sendo o tempo da consulta reduzido e possivelmente colocarem poucas questões uma vez que apenas se deslocam a esta consulta para que os tratamentos possam ser iniciados, como registado nos diferentes comentários recolhidos: “O médico fisiatra limitou-se a fazer o que o outro mandou”; “Tive pouco tempo com o médico”; “Disse o que eu já sabia pelo médico que me operou”. Pelo contrário os doentes do internamento têm um contacto maior com o médico.

Relativamente à variável “Serviço prestado pelos assistentes operacionais” a média de respostas é de 4,40 (DP=0,562), 96,4% dos participantes revelaram estar satisfeitos com o serviço prestado pelos assistentes operacionais, não se encontrando diferenças significantes entre as respostas dos utentes internos e dos utentes externos.

Quanto à variável “Simpatia do assistente administrativo” a média de respostas é de 4,18 (DP=0,77), 80,6% dos participantes revelaram que o assistente técnico demonstrou simpatia no atendimento. O facto de 72,7% dos participantes do internamento não concordaram nem discordaram quanto à simpatia do assistente administrativo dever-se-á ao facto de os utentes internos não serem atendidos pelo assistente administrativo.

Embora os participantes estejam satisfeitos com as relações interpessoais estabelecidas com todos os profissionais, analisando as médias de respostas podemos inferir que o grupo com que os participantes estão mais satisfeitos é com o Fisioterapeuta/Terapeuta Ocupacional, seguido dos assistentes operacionais, do assistente administrativo e finalmente do médico.

Relativamente à dimensão “expetativas”, 95,41% dos participantes revelaram que os resultados do trabalho da terapeuta tinham correspondido às suas expetativas, 78,3% dos participantes revelaram que o médico se demonstrou competente. Em qualquer uma destas questões, não se encontrou diferenças significantes entre os utentes internos e os externos. Para Goldstein, Elliot e Guccione (2000) a satisfação está sempre relacionada com as expetativas dos utentes relativamente aos cuidados de saúde recebidos mesmo quando a atual prestação de cuidados se mantém constante. Brody, Miller e Lerman *et al.* (1989) sugerem que a satisfação se relaciona com expetativas alcançadas relativamente a aspetos não técnicos, como a educação e o aconselhamento, mas não relativamente a aspetos técnicos, como exames ou

medicação. Vários autores sugerem que independentemente da causa por que foram consultados, as expectativas mais valorizadas relacionam-se com a obtenção de um diagnóstico preciso e uma explicação adequada do problema (Deyo e Diehl, 1986; Kravitz, Cope e Bhrany *et al.*, 1994; Williams, Weinman e Dale *et al.*, 1995). Outros estudos sugerem que as expectativas mais comuns relacionam-se com a compreensão do profissional de saúde, a demonstração de interesse e discussão de problemas e dúvidas (Kravitz, Cope e Bhrany *et al.*, 1994, Moral, Torres e Martin, 2007).

Quanto à dimensão “Participação ativa do utente no processo de tratamento” distinguimos a atuação do médico e do fisioterapeuta / terapeuta ocupacional.

Assim, relativamente à variável “Explicação da situação clínica” a média de respostas é de 3,71 (DP=1,20). Em que 66% dos participantes afirmam que o médico lhes explicou a situação clínica. Contudo existem diferenças entre as respostas dos participantes do internamento e da consulta externa. Quanto aos utentes do internamento, 12,3% dos participantes concordaram totalmente e 4,1% concordaram. Quanto aos utentes da consulta externa, 31,4% dos participantes concordaram e 18,2% concordaram totalmente. À semelhança do sucedido na questão relativa à disponibilidade do médico, também aqui a percentagem de respostas “concordo totalmente” mais baixa dos utentes externos poderá dever-se ao facto de os participantes se deslocarem à consulta com o médico fisiatra após terem sido reencaminhados por outro médico: “Disse o que eu já sabia pelo médico que me operou”.

McIntyre (1999) salienta que quanto melhor é a satisfação dos utentes, mais positivas são as suas representações em relação aos médicos e à Medicina, muito provavelmente porque existe uma relação de *feedback* positivo entre os dois aspetos, bem como aos serviços de saúde.

Quanto à prestação do Fisioterapeuta / Terapeuta Ocupacional a média de respostas relativa à variável “O terapeuta explicou-me claramente o que fazer para seguir um programa de exercícios em casa” é de 4,43 (DP=0,82). Neste caso 85,9% dos participantes revelaram que o terapeuta explicou claramente o que fazer para seguir um programa de exercícios em casa. A média de respostas relativa à variável “Envolvimento no plano de tratamento” é de 4,48 (DP=0,77) e 90,8% dos participantes revelaram ainda que se sentiram envolvidos no plano de tratamento.

A perceção do problema e a aquisição de estratégias de auto tratamento no alívio da dor, mesmo que estas não obtenham resultados eficazes, são fatores que levam a um aumento da satisfação nos utentes com doenças crónicas (May, 2001). Assim, o Fisioterapeuta dever-se-á posicionar sempre como coautor das relações que se

estabelecem no encontro, esforçando-se por estar em harmonia com o utente e consigo próprio promovendo relações de qualidade.

Roush e Sonstroem (1999) concluem que a satisfação dos utentes parece ser influenciada por aspetos não clínicos, como a localização do serviço. Relativamente à localização do serviço a média de respostas é de 4,07 (DP=0,73) e 86,2% dos participantes revelaram que o serviço está bem localizado.

A média de respostas relativa ao conforto das instalações sanitárias é de 2,60 (DP=1,13) e 45,3% dos participantes revelaram que as instalações sanitárias não são confortáveis, 32,4% dos participantes não concordam nem discordam.

Ainda relativamente às instalações sanitárias e quando avaliada a privacidade das mesmas instalações a média de respostas é de 3,32 (DP=0,98). Apenas 46,8% dos participantes revelam que as instalações sanitárias têm privacidade, enquanto 36,1% dos participantes não concordaram nem discordaram.

Relativamente ao ambiente a média de respostas é de 3,74 (DP=0,63), 71,3% dos participantes concordaram que o serviço é silencioso, 73,2% dos participantes revelaram que o serviço é confortável e 81,2% dos participantes revelaram que o serviço é agradável.

Quanto à iluminação a média de respostas é de 4,02 (DP=0,62), 90% dos participantes afirmam que o serviço está bem iluminado.

A média de respostas relativa à higiene é de 4,06 (DP=0,66), 91,1% dos participantes revelaram que as instalações estão limpas.

Relativamente ao espaço do serviço a média de respostas é de 2,95 (DP=1,22), 43,3% dos participantes revela que o serviço é espaçoso e 43,1% revela que o serviço não é espaçoso. Tal resposta poderá dever-se ao facto de os doentes se deslocarem ao serviço em horários diferentes, entre as 11h e as 13h algumas terapeutas deslocam-se a outros serviços de internamento, pelo que o serviço atende menos doentes nas suas instalações.

Quanto às condições dos locais de espera a média de respostas é de 3,27% (DP=0,73), 59,7% dos participantes revela que os locais de espera são desconfortáveis. Relativamente à limpeza dos locais de espera 90,3% dos participantes revelaram que os locais de espera estão limpos, 72,4% dos participantes revelaram que os locais de espera estão bem iluminados. Quanto à temperatura dos locais de espera 46,2% dos

participantes revelaram que a temperatura não é a adequada enquanto 44,6% dos participantes revelaram que a temperatura é a adequada.

Relativamente à sinalização a média de respostas é de 2,96 (DP=0,72) e 47,6% dos participantes revelaram que o caminho para o serviço está bem sinalizado. No entanto, 10,3% dos participantes correspondem a utentes internos que responderam não concordarem nem discordarem, enquanto 35,4% dos participantes correspondem a utentes externos que concordaram. Tal situação poderá dever-se ao facto de os utentes internos serem acompanhados ao serviço pelos assistentes operacionais que o guia.

Quanto à dificuldade para entrar nas instalações a partir do parque de estacionamento 47,4% dos participantes revelaram que não tinham dificuldade enquanto 27% dos participantes não concordaram nem discordaram, 36,1% dos participantes responderam que discordam e são utentes externos. Enquanto 12,9% dos participantes que responderam não concordarem nem discordarem são utentes internos. Esta situação poderá dever-se ao facto de os utentes internos não acederem ao serviço a partir do parque de estacionamento mas do serviço de internamento.

Quanto ao equipamento disponível a média de respostas é de 2,46 (DP=1,07) e 50,5% dos participantes revelaram que o número de aparelhos do serviço não é o adequado, 32,4% dos participantes responderam que não concordavam nem discordavam.

Avaliando as médias de respostas os utentes mostraram-se muito satisfeitos com as seguintes variáveis por ordem decrescente: localização do serviço, higiene, iluminação e ambiente. No que respeita ao conforto e privacidade das instalações sanitárias, ao espaço do serviço e à sinalização os utentes não revelam uma opinião definida. Quanto ao equipamento disponível, mais de 50% dos inquiridos não concorda que o número de aparelhos do SMFR seja adequado.

Para Baker (1997), quanto mais altos são os custos, menor é o grau de satisfação dos utentes. A forma como os cuidados estão organizados e financiados influenciam a satisfação do utente, principalmente a dos utentes externos (Cleary e McNeil, 1988).

Relativamente ao preço dos tratamentos, 56,7% dos participantes não concordaram nem discordaram que o preço dos tratamentos seja acessível. As respostas dos utentes internos contribuem para este resultado uma vez que 15,5% destes utentes terem respondido que não concordavam nem discordavam enquanto 16,1% dos participantes da consulta externa concordaram que os preços dos tratamentos são acessíveis.

Quanto à não realização dos tratamentos de fisioterapia por serem caros, 47,4% dos participantes também não concordaram ou discordaram que por vezes não fazem os

tratamentos de fisioterapia porque são caros, 11,1% dos utentes internos responderam não concordarem nem discordarem. Enquanto 36,1% dos utentes da consulta externa também responderam não concordarem nem discordarem, 17,1% destes utentes discordaram e 15,5% discordaram totalmente.

Estas respostas poderão dever-se ao facto de por um lado a maioria dos utentes estar isenta do pagamento de taxa moderadora, por outro lado muitos dos utentes não estão informados quanto aos custos dos tratamentos, num momento em que as políticas do serviço nacional de saúde estão a ser alteradas e gradualmente implementadas, como é o caso de alterações ao nível das taxas moderadoras. Tal situação está patente nos comentários registados: “Não fui informado do preço e já vou na segunda sessão”; “Se soubesse que ia pagar 6€ por dia já não fazia mais”.

Relativamente à satisfação global 96,9% dos participantes referiram que voltariam ao serviço caso necessitassem novamente de tratamento e 95,6% dos participantes referiram que iriam recomendar este serviço a familiares ou amigos caso necessitem de fisioterapia, 65,6% dos participantes revelaram ainda estarem satisfeitos com as instalações de uma forma global.

Observa-se um elevado grau de satisfação nas dimensões “Satisfação Global” (86%), “expectativas” (87%), “Participação ativa do utente no processo de tratamento” (81%) e “Relações Interpessoais” (91%).

Verificou-se não existir uma predominância clara em relação à ordem de importância assumida por qualquer dos domínios considerados da dimensão estrutura física e relações interpessoais em relação à percepção de satisfação global dos utentes, ou seja, ambas as dimensões contribuem de forma similar para a satisfação global dos utentes. Roush e Sonstroem (1999) concluem que a satisfação dos utentes parece ser influenciada por aspetos não clínicos, como a localização do serviço. Contudo diversos autores concluem que os aspetos mais correlacionados com a satisfação geral do utente em Fisioterapia relacionam-se com a qualidade da interação terapeuta/utente, os aspetos interpessoais são considerados a principal dimensão da satisfação, constituída principalmente por dois fatores: comunicação e empatia (Cleary et al, 1988; Pascoe, 1983; Lewis, 1994, Hall e Dornann, 1988, Green et al, 1994; citados por Keith, 1998). Uma revisão da literatura de Keith (1998) sobre satisfação dos utentes de serviços de saúde em reabilitação demonstra que os aspetos interpessoais e a comunicação são os indicadores preditivos de satisfação mais importantes, enquanto a idade, educação e estatuto social estão pouco relacionados com o nível de satisfação.

Conclusões

Quanto ao questionário utilizado neste estudo podemos referir que apresentou interessantes qualidades psicométricas, revelando índices satisfatórios de validade fatorial e fiabilidade, comprovando a adequação ao tema em estudo.

A satisfação é um indicador de resultados de natureza psicossocial que tanto pode referir-se à atitude do utente face à globalidade dos cuidados de saúde recebidos, enquanto consumidor, como a uma experiência específica, como exemplo, a reação a um determinado prestador, é um conceito multidimensional de difícil conceptualização devido às múltiplas variáveis implicadas.

A satisfação dos utentes é fundamental para o êxito de qualquer sistema de saúde. Considerando o utente como o principal cliente deste sistema torna-se imperativo identificar as suas necessidades e satisfazer as suas expetativas, fatores essenciais para uma boa prática clínica em saúde. Neste sentido, avaliar e procurar oportunidades para melhorar a qualidade dos serviços, torna-se tão importante como avaliar a eficácia da organização do ponto de vista do utente.

Os objetivos inicialmente propostos para esta investigação consistiam na avaliação da satisfação do utente no processo de admissão ao SMFR; satisfação em relação aos profissionais de saúde do SMFR; satisfação em relação às instalações; avaliar a satisfação global do utente em relação ao SMFR; avaliar quais os domínios da dimensão relações interpessoais e da dimensão estrutura física têm mais relação com a satisfação global dos utentes; e definir um conjunto de propostas de melhoria e apresentar ao conselho de administração. Esta avaliação foi efetuada através da aferição do nível de satisfação e da sua discriminação relativamente a diferentes aspetos, nas dimensões admissão/acessibilidade, relações interpessoais, expetativas, participação ativa do utente no processo de tratamento, estrutura física e aspetos financeiros. Estes objetivos foram totalmente atingidos.

Os resultados obtidos permitem identificar o grau de satisfação dos utentes e as áreas a melhorar no sentido de permitir estruturar medidas e políticas de melhoria com incidência nos aspetos críticos e a adoção de uma estratégia de atuação eficaz.

Pela forma como foram recolhidos os dados, este estudo permite ainda garantir a representatividade do universo de utentes do SMFR do HDS.

Os resultados obtidos correspondem a um grau de satisfação global dos utentes muito satisfatório, com valores de satisfação global de 86%. O que nos permite concluir por uma apreciação positiva dos serviços prestados. O modelo adotado contemplou seis dimensões, nomeadamente, o processo de admissão/acessibilidade, as relações interpessoais estabelecidas com o terapeuta, médico e outros profissionais, as expectativas do utente, a participação ativa do utente no processo de tratamento, estrutura física do serviço e os aspetos financeiros.

Relativamente à questão colocada “Quais os domínios da dimensão relações interpessoais - cortesia, atenção prestada, esclarecimento, respeito, clareza do discurso, disponibilidade, serviço prestado pelas assistentes operacionais e simpatia do assistente administrativo - e da dimensão estrutura física - ambiente, condições locais de espera e sinalização - têm mais relação com a satisfação global dos utentes?” conclui-se que ambas as dimensões contribuem de forma similar para a satisfação global dos utentes.

Pensamos ser importante incentivar toda a equipa a ter maior consciência dos direitos dos utentes e conhecimento dos padrões de prática, até porque eles existem para refletir os valores, condições e objetivos necessários ao desenvolvimento permanente da profissão.

Limitações e Perspetivas futuras

Poderão ser enunciadas algumas limitações do estudo. O conceito de satisfação envolve múltiplas dimensões, o que constitui uma limitação, visto não ser exequível um estudo que possa abordar todas as dimensões envolvidas. Por outro lado, as respostas obtidas podem não ser as verdadeiras mas as consideradas socialmente corretas, uma vez que poderá ter havido receio que influenciassem tratamentos futuros, ainda que se garantiu ao utente o anonimato e a total confidencialidade das respostas. O facto de a população de utentes internos ter sido reduzida leva-nos a colocar de que os resultados podem não ser conclusivos. Esta situação deveu-se ao facto de no início da aplicação dos questionários terem-se realizado menos procedimentos cirúrgicos no HDS devido a uma falta de médicos e à interrupção do SIGIC.

Consideramos, à semelhança de outros autores, que seria interessante desenvolver estudos futuros em diferentes instituições de forma a caracterizar de forma mais abrangente a realidade nacional. Propomos ainda uma abordagem na dupla perspetiva de satisfação de profissionais e utentes. A repetição de inquéritos de satisfação ao longo do tempo e o acompanhamento da sua evolução também poderá constituir uma forma

de abordar a temática apresentada com vista à melhoria da qualidade na saúde, embora Santos et al. (2005) defenda que a maioria dos utentes de serviços prestadores de cuidados de saúde sejam muito pouco críticos permitindo que os cuidados atinjam uma baixa qualidade até exprimirem insatisfação.

Como próximos desenvolvimentos para este estudo, no que ao questionário utilizado diz respeito, sugerem-se outras pesquisas que tenham como finalidade avaliar a análise fatorial confirmatória, a estabilidade temporal e a sua validade externa. Acresce o facto de que fica disponível um instrumento que pode ser um contributo importante para suportar futuras investigações neste domínio.

Consideramos ser responsabilidade individual de cada profissional de saúde contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e da satisfação dos doentes, de acordo com os objetivos e políticas em vigor. Orientar desta forma a sua ação tendo consciência de que os serviços existem pelos utentes e para os utentes e que para serem considerados de boa qualidade devem ser efetivos, eficientes e aceitáveis para os mesmos.

Estamos em querer que este estudo, embora de forma modesta, constitui um instrumento de reflexão e consequentemente um contributo para a melhoria na prestação dos cuidados de saúde. A satisfação do utente torna-se assim o motor direcional de políticas organizacionais, obrigando a mudanças nos serviços, ao nível dos processos, da gestão, ao nível da prestação e mesmo ao nível do comportamento dos diversos atores sociais. Auscultar as opiniões dos utentes sobre os serviços assume particular relevância para fomentar a otimização das organizações de saúde e incrementar a eficácia dos cuidados prestados.

Plano de Intervenção Socio-organizacional

As organizações devem aprender com os resultados da satisfação dos utentes. Para tal é importante conhecer (medir) a situação e comunicar os resultados. É através da promoção de uma adequada comunicação organizacional que se podem aumentar os níveis de qualidade dos serviços prestados. Considerando os resultados alcançados, a organização deve promover a prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão/utente e, paralelamente deve criar condições para que os profissionais obtenham e renovem qualificações, conhecimentos adequados e um elevado nível de treino para um excelente desempenho profissional.

Com base nos resultados obtidos na presente investigação, concluiu-se que os inquiridos (doentes/utentes) valorizam de igual forma aspetos relacionados com a estrutura física e aspetos relacionados com as relações interpessoais.

Relativamente aos aspetos com que os utentes se demonstraram menos satisfeitos: processo de admissão/acessibilidade e estrutura física é fundamental que os órgãos de coordenação do serviço e administração tomem medidas, nomeadamente ao nível da facilidade de acesso ao serviço caso os utentes necessitem de tratamentos, mas também ao nível da privacidade das instalações sanitárias, conforto dos locais de espera, espaço do serviço e número de aparelhos disponíveis, pois estas duas dimensões influenciam a satisfação dos utentes. Torna-se ainda importante esclarecer os utentes quanto a aspetos financeiros, isto é, aos custos, não só dos tratamentos como também relativamente aos custos indiretos, como o transporte, uma vez que a maioria dos utentes revela desconhecimento relativamente a estes aspetos.

Considerando as dimensões com que os utentes se demonstraram mais satisfeitos: relações interpessoais, expectativas, participação ativa do utente e satisfação global, são fundamentais que os profissionais de saúde tomem em atenção o seu desempenho, pois a sua prestação influencia positivamente a satisfação e consequentemente a qualidade percebida dos utentes.

Tendo por base os aspetos/dimensões que obtiveram maior taxa de insatisfação por parte dos doentes, apresento na Tabela um conjunto de medidas que visam potenciar o grau de satisfação dos doentes do SMFR do HDS.

Tabela: Propostas de medidas

Variáveis do Questionário	Inquiridos insatisfeitos (%)	Proposta de medidas
Facilidade na admissão	42,19%	<p>Dadas as limitações de recursos, quer a nível financeiro, quer a nível humano, há que procurar introduzir novos e melhores mecanismos de controlo de processos clínicos, combatendo desta forma o desperdício. Assim algumas das medidas de agilização do processo de admissão poderão passar por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Restringir o acesso a tratamentos de MFR às situações em que os tratamentos se traduzam por um benefício clínico para o utente. Isto é, procurar mecanismos que evitem, por exemplo, sinalizações sucessivas da necessidade de tratamentos muitas vezes sem sustentação clínica. 2. Evitar que utentes solicitem tratamentos com prescrições antigas, sem que haja uma reavaliação do seu estado. Sugere-se que neste processo seja incluído um médico/terapeuta que possa informar o utente do seu estado de saúde e da necessidade ou não da realização de tratamentos; 3. Criar um sistema de priorização, consoante o estado de saúde, fatores de risco, assim como benefícios; 4. Implementação de um sistema de informação que possibilite a gestão do circuito operacional da MFR com uma gestão correta e acessível da informação do serviço: agendamentos e listas de espera, relatórios clínicos e histórico de utentes, de requisições e prescrições, ou seja um instrumento facilitador para o funcionamento diário do serviço, agilizando os processos e libertando os diversos profissionais para a prestação de cuidados. Constitui ainda uma poderosa ferramenta para análise estatística e tomada de decisão. 5. Estabelecer protocolos com outras instituições para onde possam ser encaminhados alguns dos utentes verificando-se que num espaço de tempo razoável não poderão aceder aos tratamentos.
Horário de Funcionamento	43,2%	<p>Reavaliar os horários dos Recursos Humanos. Alargar o horário de funcionamento até às 19 h.</p>
Conforto das instalações sanitárias	45,3	<p>As instalações sanitárias deverão ser modernizadas, deverá ser ainda criada uma instalação para homens e outra para mulheres, de forma a aumentar a privacidade.</p>
Espaço do serviço	43,1	<p>Requalificar o espaço da piscina, que pelo facto de estar inoperacional poderá ser este espaço convertido num novo</p>

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internos e Externos do Serviço de Medicina Física e Reabilitação

		<p>ginásio.</p> <p>Mudar a consulta de fisioterapia para a consulta externa.</p>
Conforto dos locais de espera	59,7	<p>Deverá ser criada uma sala apenas para efeitos de espera, uma vez que de momento a espera se faz nos locais de passagem. Contudo e até estar concluída esta requalificação, deverá optar-se por melhorar o conforto dos assentos, introduzir-se material de leitura e televisão nestes espaços.</p> <p>Climatização do serviço</p>
Aparelhos disponíveis no serviço	50,5	<p>Deverá ser feito um levantamento das necessidades do serviço ao nível de material e aparelhos, para que possam ser adquiridos novos aparelhos e substituídos outros obsoletos.</p>

Num percurso de melhoramento e inovação contínuos, é nossa ambição proceder à requalificação do Serviço de Medicina Física e Reabilitação, com renovação e reequipamento das áreas terapêuticas e da área de acolhimento, recorrendo a instalações mais funcionais, adequadas e modernizadas e à aquisição de mais equipamentos com vista a otimizar a acessibilidade dos espaços, a segurança dos profissionais e dos utentes e a qualidade do serviço oferecido.

Em relação ao tempo e à qualidade do tratamento, os novos aparelhos possibilitarão ainda a diminuição do tempo de resposta aos tratamentos prescritos e aumentarão a sua fidedignidade, contribuindo para maior rapidez na intervenção terapêutica e permitindo ainda diminuir o tempo de ocupação dos utentes no serviço.

Donabedian (1990), ao debruçar-se sobre o estudo da avaliação da qualidade em saúde, desenvolveu um quadro conceptual a partir dos conceitos de estrutura, processos e resultados. Para este autor, a estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica; os processos são as atividades que envolvem profissionais de saúde e utentes com base em padrões de qualidade; e os resultados que são o produto final da assistência prestada, tendo em conta a satisfação dos utentes. Neste sentido, consideramos que as medidas propostas envolvem essencialmente a estrutura e a reorganização de processos, o que será sem dúvida uma mais-valia na obtenção de ganhos em saúde e consequentemente para a satisfação dos utentes do SMFR.

As expetativas e o entusiasmo à partida para este estudo eram grandes. Neste momento ressalta a sensação do dever cumprido. Todavia, ficou no meu espírito, a ideia de que apenas um pequeno passo foi dado e um longo caminho há ainda a percorrer, para se atingirem os níveis de excelência organizacional preconizados nos pressupostos filosóficos subjacentes aos modelos de qualidade. Estamos cientes que o resultado final deste estudo é um ponto de partida para a melhoria, um ciclo que não tem fim, pois ser «excelente é ser amanhã melhor que hoje».

A terminar...

“Isto não é o fim

Nem mesmo o princípio do fim

Mas é o fim do princípio.”

Winston Churchill

Referências Bibliográficas

- Ahmed, S., & Sophie, L. (1999). The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 364-372.
- Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde*. Lisboa: Texto Editora.
- Aspinal, F., Addington-Hall, J., Hughes, R., & Higginson, I. (2003). Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 42, 324-339.
- Baker, R. (1997). Pragmatic model of patient satisfaction in general practice: progress towards a theory. *Quality Health Care*, 5, 201-204.
- Barros, P. (1998). *Qualidade em cuidados de saúde: avaliação, melhoria, custos e qualidade*. Lisboa: Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, P. (2005). *Economia da saúde. Conceitos e comportamento*. Coimbra: Almedina.
- Beattie, P. & Nelson, R. (2008). Preserving the quality of the patient-therapist relationship. An important consideration for value-centered physical therapy care. *Physical Therapy*, 38, 34-35.
- Beattie, P., Pinto, M., Nelson, M. & Nelson, R. (2002). Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Physical Therapy*, 82, 557-565.
- Bell, J. (2010). *Como realizar um projeto de investigação* (5ª Ed.). Lisboa: Gradiva.
- Bengoa, R., Kavar, K., Key, P., Leatherman, S., Massoud, R. & Saturno, P. (2006). *Quality of care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Geneva: World Health Organization Press.
- Birkmeyer, J., Dimick, J. & Birkmeyer, N. (2004). Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes? *Journal American College of Surgeons*, 198, 626-632.

- Biscaia, J. (2002). Qualidade em saúde: uma perspetiva conceptual. *Revista Qualidade em Saúde*, 6, 6-10.
- Bonato, V. (2007). *Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais*. São Paulo: Icone.
- Bowers, M. (2000). *Medindo a qualidade em cuidados de saúde. Revisão da literatura. Antecedentes e consequentes: gestão da doença & qualidade em saúde*. Lisboa: Comissão sectorial para a Saúde do IPQ.
- Brody, D., Miller, S., Lerman, C., Smith, D., Lazaro, C. & Blum, M. (1989). The relationship between patient's satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care*, 27(11), 1027-1035.
- Brook, H., Schuster, M., McGlynn, E., Pham, C. & Spar, M. (2001). The quality of health care in the United States: a review of articles since 1987. Em Committee on Quality of Health Care in America (org.). *Crossing the Quality Chasm* (231-308). Washington: National Academy Press.
- Brown, T. (2006). *Confirmatory fator analysis for applied research*. New York: The Guilford Pres.
- Bugada, H. (2006). Os pilares fundamentais da clinical governance. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 0, 30-35.
- Cabral, M., Silva, P. & Mendes, H. (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, C. (2005). Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5, S63-S69.
- Campos, L., Portugal, R. & Borges, M. (2009). *Governança dos hospitais*. Alfragide: Casa das Letras.
- Carvalho, M. (2005). Histórico da Gestão da Qualidade. In Carvalho, M. & Paladini, E. (eds.). *Gestão da Qualidade. Teoria e casos* (2-24). Rio de Janeiro: Elsevier.

- Cleary, P. & McNeil, B. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25-36.
- Conway, T. & Willcocks, S. (1997). The role of expectations in the perceptions in the health care quality: developing a conceptual model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10, 131-140.
- Cooper, K., Smith, B. & Hancock, E. (2008). Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy*, 94 (3), 244-252.
- Decreto-Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da República nº 195/1990 - I Série*.
Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 261/93 de 24 de julho. *Diário da República nº 172/1993 - I Série*.
Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 27/2002 de 8 de novembro. *Diário da República nº 258/2002 - I Série*.
Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro. *Diário da República nº 249/2005 - I Série*.
Ministério da Saúde.
- Delgado, M. (2009). A melhoria contínua da qualidade. In Campos, L., Portugal, R. & Borges, M. (eds.). *Governança dos Hospitais* (45-55). Lisboa: Casa das Letras.
- Derosé, S. & Petitti, D. (2003). Measuring quality of care and performance from a population health care perspective. *Annual Reviews Public Health*, 24, 363-384.
- Despacho nº. 4223/2009 de 24 de junho. *Diário da República n.º120/2009 - II Série*.
Ministério da Saúde.
- Despacho nº. 10430/2011 de 18 de Agosto. *Diário da República n.º158/2011 - II Série*.
Ministério da Saúde.
- Deyo, R. & Diehl, A. (1986). Patient satisfaction with medical care for low-back pain. *Spine*, 11 (1), 28-30.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114, 1115-1118.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality: a conceptual exploration in: explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches. Health Administration Press*, 1, 3-28.
- Donabedian, A. (1983). The quality of care in a health maintenance organization: a personal view. *Inquiry*, 20, 218-222.
- Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la atención médica*. México: La Prensa Mexicana.
- Donabedian, A. (1988). Special communication: the quality of Care: how can it be assessed. *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual. Rev. Bull.*, 18 (11), 356-360.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.
- Draper, M. (1997). *Involving consumers in improving hospital care: lessons from australian hospitals*. Camberra: Public Affairs, Parliamentary and Access Branch.
- Dutra, J. (2002). *Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas*. São Paulo: Edições Atlas.
- Eslava-Schmalbach, J., Sandoval-Vargas, G. & Mosquera, P. (2011). Incorporating equity into developing and implementing for evidence-based clinical practice guidelines. *Rev. Salud Pública*, 13, 339-351.
- Espiridão, M. & Trad, L. (2005). Avaliação da satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 303-312.
- Espiridão, M. & Trad, L. (2006). Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cardernos de Saúde Pública*, 22, 1267-1276.
- Filho, G. (1990). O que fazer da literatura sobre a satisfação do utente: uma proposta para os serviços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 59-64.

- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fitzpatrick, R. (1991a). Surveys of patient satisfaction: I. Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.
- Fitzpatrick, R. (1991b). Surveys of patient satisfaction: II. Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*, 302, 1129-1132.
- Fitzpatrick, R. (1984). *Satisfaction with health care*. In *The experience of illness*. London: Tavistock
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação. Da conceção à realização* (3ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2006). Conceito de qualidade em saúde. In Barros, P. et al. (eds.). *Risco clínico: complexidade e performance* (25-37). Coimbra: Almedina.
- Franco, M. & Florentim, R. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o departamento de psiquiatria e saúde mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), 21-35.
- Gard, G., Gyllensten, A., Salford, E. & Ekdahl, C. (2000). Physical therapist's emotional expressions in interviews about factors important for interaction with patients. *Physiotherapy*, 86, 229-240.
- Gauthier, B. (2003). *Da problemática à colheita de dados* (3ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Georgy, E. (2011). Met or matched expectations: what accounts for a successful back pain consultation in primary care? PhD Thesis (PhD). Bournemouth University.
- Goldstein, M., Elliott, S. & Guccione, A. (2000). The development of an instrument to measure satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*, 80, 853-863.
- Grimmer K, Bialocerkowski A., Kumar S. & Milanese S. (2004). Implementing evidence in clinical practice: the 'therapies' dilemma. *Physiotherapy*, 90, 189-194.

- Grimmer, K. Moss, J. & Falco, J. (2004). Experiences of elderly patients regarding independent community living after discharge from hospital: a longitudinal study. *Int. J. Qual. Health Care*, 16, 465-472.
- Grimmer, K., Beard, M., Bell, A., Chipchase, L., Edwards, I. & Gill, T. (2000). On the constructs of quality physiotherapy. *Australian Journal of Physiotherapy*, 46, 3-7.
- Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*, 286, 2578-2585.
- Ghiglione, R., Matalon, B. (1993). *Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora
- Guiomar, M., Pascoalinho-Pereira, J. & Souza-Guerra, I. (2007). Grau de satisfação dos utentes, face aos cuidados prestados em fisioterapia, nos estudos realizados em Portugal, com o questionário de audição ao utente: análise de conteúdo. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol*, 10 (2), 72-85.
- Hendriks, A., Oort, F., Vrielink, M. & Smets, M. (2006). Reliability and validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 471-482.
- Hespanhol, A., Vieira, A. & Pereira, A. (2008). Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 363-372.
- Hill, A. & Hill, M. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hills, R. & Kitchen, S. (2007). Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 23(5), 255-271.
- Hudak, P., & Wright, J. (2000). The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine*, 25, 3167-3177.
- Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.
- Irani, Z., Beskese, A. & Love, P. (2004). Total quality management and corporate culture: constructs of organizational excellence. *Technovation*, 24, 643-650.

- Irish Society for Quality and Safety in Health Care. (2003). *Measurement of Patient Satisfaction Guidelines*. Dublin: Health Strategy Implementation Project.
- Irvine, R., Kerridge, I., McPhee, J. & Freeman, S. (2002). Interprofessionalism and ethics: consensus or clash of cultures. *Journal of Interprofessional Care*, 16 (3), 199-210.
- Jennings, B., Heiner, S., Loan, L., Hemman, E. & Swanson, K. (2005). What really matters to healthcare consumers. *JONA*, 35 (4), 173-180.
- Johansson, P., Oleni, M. & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16 (4), 337-344.
- Jones, R. & Santaguida, P. (2005). Evidence-based practice and health policy development. The link between knowledge and action. *Physiotherapy*, 91, 14-21.
- Joos, S., Hickam, D. & Borders, L. (1993). Patients desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public Health Reports*, 108 (6), 751-759.
- Kane, R., Maciejewski, M., & Finch, M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med. Care*, 35, 714-730.
- Keith, R. (1998). Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil*, 79 (9), 1122-1128.
- King, G., King, S., & Rosenbaum, P. (1996). Interpersonal aspects of care-giving and client outcomes. A review of the literature. *Ambulatory Child Health*, 2, 151-160.
- Kravitz, R. (1996). Patients expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 53 (1), 3-27.
- Kravitz, R. (2001). Measuring patients expectations and request. *Annals of Internal Medicine*, 134 (9), 881-888.
- Kravitz, R., Cope, D., Bhargava, V. & Leake, B. (1994). Internal medicine patient's expectations for care during office visits. *Journal of General Internal Medicine*, 9 (2), 75-81.

- Kucukarslan, S. & Schommer, J. (2002). Patients' expectations and their satisfaction with pharmacy services. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 42 (3), 489-895.
- Leal, L., Requeijo, J. & Pereira, Z. (2009). Uma visão global sobre a qualidade em serviços. In Saraiva, M. & Teixeira, A. (eds.). *TMQ-Qualidade: A qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar* (79-94). Lisboa: Edições Sílabo.
- Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*, 16, 583-589.
- Malheiros, J. (2009). O *empowerment* dos doentes. In Campos, L., Portugal, R. & Borges, M. (eds.). *Governança dos Hospitais* (267-287). Alfragide: Casa das Letras.
- Marconi, E. & Lakatos, M. (1990). *Técnicas de Pesquisa* (2ª Ed.). São Paulo: Editora Atlas
- Marôco, J. (2007) *Análise Estatística. Com utilização do SPSS* (3ªEd.). Lisboa: Edições Silabo.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o spss statistics*. Lisboa: Edições Silabo Lda.
- Martin, D., Roy, A. & Wells, M. (1997). Health gain through health checks: improving access to primary health care for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41 (5), 401-408.
- May, S. (2001). Patient satisfaction with management of back pain. *Physiotherapy*, 87, 4-20.
- McIntyre, T. & Silva, S. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: relatório final sumário*. Porto: Administração Região de Saúde do Norte e Universidade do Minho.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos*. São Paulo: Manole.
- Miguel, S. (2004). *Manual de Higiene e Segurança do Trabalho*, (7ª Ed.). Porto. Porto Editora.

- Milan, G. & Trez, G. (2005). Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE-electrónica*, Art.17, 4 (2)
- Miller, J. (1977). Studying satisfaction, modifying models, eliciting expectations, posing problems and making meaningful measurements. In: Hunt, H. (ed. lit.). *Conceptualisation and measurement of consumer satisfaction and dissatisfaction*. Bloomington: Indiana University Press.
- Ministério da Saúde (1999). *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2003). *Contributos para um plano nacional de saúde: orientações estratégicas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Monnin, D. & Perneger, T. (2002). Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*, 82, 682-691.
- Moral, R., Torres, L. & Martin, I. (2007). The effect of patients met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 86-91.
- Mossberg, L. (2000). *Lealdade e satisfação do cliente em serviços de saúde. Gestão da doença & qualidade em saúde*. Lisboa: Comissão sectorial para a Saúde do CNQ.
- Nascimento, F. (2000). *Qualidade e valor: uma visão conceptual aplicável aos sistemas de saúde. Gestão da doença & qualidade em saúde*. Lisboa: Comissão sectorial para a Saúde do CNQ.
- Neto, A. & Dittar, O. (2004). *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: Da casa.
- Neves, A. (2002). *Gestão na administração pública*. Cascais: Editora Pregaminho.
- Nota nº 31/04 (2004). *Nota de Serviço Interna*. Santarém: Hospital de Santarém SA.
- Nunes, R., e Brandão, C. (2007). *Humanização da Saúde*. Coimbra: Gráfica de Coimbra
- Otoni, A. (2009). Utilização de indicadores de qualidade como ferramenta no planeamento da construção de nova estrutura física de UTI adulta. *Revista de Administração em Saúde*, 11, 127-132.

- Ovretveit, J. (2000). Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13 (2), 74-79.
- Padmashree, S. & Isaacs, A. (2007). Expectations of primary care patients in rural Karnataka. *Pakistan Journal of Medical Science*, 23 (4), 534-537.
- Parasuraman, A., Berry, L. & Zeithaml, V. (1991). Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review*, 32 (3), 39-48.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-37.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care. A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Paúl, C., Martins, I. & Roseira, L. (1999). *Comunidade e saúde: satisfação dos utentes e voluntariado*. Coleção de textos 36. Porto: Afrontamento.
- Peabody, K., Taguiwal, M., Robalino, D. & Frenk, J. (2006). Improving the Quality of Care in developing countries. In Jamison, D., Breman J. & Measham, A. (eds.). *Disease Control Priorities in Developing Countries* (1293-1307). Oxford: University Press.
- Peck, B., Ubel, P., Roter, D., Goold, S., Asch, D., Jeffreys, A., Grawbow, S. & Tulskey, J. (2004). Do unmet expectations for specific tests, referrals, and new medications reduce patients satisfaction? *Journal of General Internal Medicine*, 19 (11), 1080-1087.
- Pereira, M., Soares, V. & McIntyre, T. (2001). Satisfação dos utentes e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 69-80.
- Perron, N., Secretan, F., Vannotti, M., Pecoud, A. & Favrat, B. (2003). Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Family Practice*, 20 (4), 428-433. *Pharmacy*, 15, 892-899.
- Pisco, L. (2001). Perspetivas sobre a Qualidade na saúde. *Qualidade em Saúde*, 5, 4-6.
- Pisco, L. (2005). Facilitar o bom desempenho de instituições e profissionais. *Qualidade em Saúde*, 12, 2-11.

- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª Ed.) Porto Alegre: Artes Médicas
- Potter, M., Gordon, S. & Hamer, P. (2003). The physiotherapy experience in private practice. The patient's perspective. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49 (3), 195-202.
- Quivy, R. & Champenhout, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramsaran-Fowdar & Roshnee, R. (2005). Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27 (3-4), 428-443.
- Ransom, E., Joshi, M., Nash, D. & Ranson, S. (2004). *The healthcare quality book. Vision, strategy and tools*. Chicago: Alpha Health Administration Press.
- Ribeiro, J. (2003). A empresarialização dos hospitais. *Revista Qualidade em Saúde*, 7-10.
- Rodrigues, V. (2001). *O consentimento informado para o ato médico no ordenamento jurídico português*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Rooney, A. & Ostenberg, P. (1999). *Licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade dos serviços de saúde. Série de aperfeiçoamento sobre a metodologia de garantia da qualidade. Projeto de garantia de qualidade*. Bethesda: Center for Human Services (CHS).
- Roush, S. & Sonstroem, R. (1999). Development of the physical therapy outpatient satisfaction survey (PTOPS). *Physical Therapy*, 79, 159-170.
- Ruiz-Moral, R., Pérula de Torres, L. & Jaramillo-Martin, I. (2007). The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents. *J Gen Intern Med*. 22 (1), 86–91.
- Sakellarides, C. (2003). Prefácio. In Ferreira, P. (eds.). *Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Lisboa: Edição Instituto do Consumidor. Lisboa.
- Santos, A., Ramos, N., Lopes, A. & Pascoalinho, J. (2005). Instrumentos de medida úteis no contexto da avaliação em fisioterapia. *Re(habilitar)*, 1, 131-156.

- Santos, F. (1998). *Grau de satisfação dos pais de crianças com paralisia cerebral: estudo realizado nos Centros de Paralisia Cerebral de Calouste Gulbenkian e de Beja*. Monografia de Licenciatura em Fisioterapia. Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Alcoitão.
- Santos, J. & Westphal, M. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, 13, 71-88.
- Santos, M. (1993). Avaliação da qualidade na perspetiva do utente. Importância dos aspetos não técnicos na prestação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11, 29-45.
- Sepúlveda, M. (1998). A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados. Consultas de ginecologia/obstetrícia e a cirurgia geral na São Vida, Medicina Apoiada SA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (4), 33-54.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82.
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P. & Leite, E. (2009). PAT safety. Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. *Saúde e Trabalho: Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa do Trabalho*, 7, 5-29.
- Silva, I., Abreu, P. & Freire, C. (1999). *Grau de satisfação dos pais de crianças com disfunções respiratórias em relação ao tratamento de Fisioterapia*. Monografia de Licenciatura em Fisioterapia. Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Alcoitão.
- Simões, J. (2005). *Retrato Político da Saúde*. Coimbra: Almedina, SA.
- Sitzia J. & Wood N. (1999). How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int. J. Qual. Health Care*, 11, 319-328.
- Sitzia J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, 45 (12), 1829-43.
- Sousa, P. (2006). Patient safety. A necessidade de uma estratégia nacional. *Ata Médica Portuguesa*, 19, 309-318.

- Sousa, P. (2009). *Ajustamento pelo risco em cardiologia de intervenção: análise de resultados na perspetiva da qualidade e da segurança do utente*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Sousa, P. (2010). Qualidade em saúde. Da definição de políticas à avaliação de resultados. In Silva, C., Saraiva, M. & Teixeira, A. (eds.). *TMQ-Qualidade: Qualidade e Saúde* (19-31). Lisboa: Edições Sílabo.
- Sousa, P., Uva, A. & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 89-95.
- Starey, N. (2003). What is clinical governance? *Hayward Medical Communications*, 12 (1), 1-7.
- Strasser, S., Arahonny, L. & Greenberg, D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review*, 50 (2), 219-245.
- Swan, J. (1985). Deepening the understanding of hospitals patient satisfaction: fulfilment and equity effects. *Journal of Health Care Mark*, 5, 7-18.
- Thompson, A., & Sunol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal of Quality in Health Care*, 7 (2), 127-141.
- Trede, F. (2000). Physiotherapists's Approaches to low Back Pain Education. *Physiotherapy*, 86 (8), 427-433.
- Tso, I., Ng, S. & Chan, C. (2006). The development and validation of the concise outpatient department user satisfaction scale. *International Journal for Quality in Health Care*, 18, 275-280.
- Turner, P. & Whitfield, T. (1999). Physiotherapists' reasons for selection of treatment techniques: a cross-national survey. *Physiotherapy Theory and Practice*, 15, 235-246.
- Turris, S. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 293-298.

- Uhlman, R., Inui, T. & Carter, W. (1984). Patient requests and expectations: definitions and clinical applications. *Medical Care*, 22 (7), 681-685.
- Verbeek, J., Sengers, M., Riemens, L. & Haafkens, J. (2004). Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine*, 29 (20), 2309-2318.
- Vicente, A., Castrejón, A., Delgado, C., Garcia, V., Solís, S., Romera, M., Marina, S., Rubio, M., e Muñoz, M. (2007). Patient satisfaction as quality indicator in a nuclear medicine department. *Rev. Esp Med Nucl.*, 26 (3), 146-52.
- Vieira, A. (1997). *Contributo para a elaboração de um questionário: a satisfação dos pais com os cuidados recebidos pelo fisioterapeuta no departamento de fisioterapia do CMR*. Trabalho de investigação de Licenciatura em Fisioterapia. Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Alcoitão.
- Vuori, H. (1991). Patient satisfaction: does it matter? *Quality Assurance in Health Care*, 3, 183-189.
- Ware, J. E. (1981). How to survey patient satisfaction. *Deug Intelligence and Clinical*
- Ware, J. E., Snyder, M.K., Wright, W.R. & Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263.
- Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart A. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction with medical care. *Health and Medical Care Services Review*, 1 (1), 1-15.
- Weiss, G. (1988). Patient satisfaction with primary medical care. *Medical Care*, 26 (4), 383-392.
- West, C. (1992). Quality from the management perspective. *Quality Health Care*, 1, 3-4.
- Wilkin, D. & Hallam, L. (1992). *Measures of need and outcome for the primary health care*. Oxford: University Press.
- Williams, B. (1994), Patient Satisfaction: A Valid Concept? *Social Science & Medicine*, 38 (4), 509-516.

Williams, S., Weinman, J., Dale, J. & Newman, S. (1995). Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Journal of Family Practice*, 12 (2), 193-201.

Zanon, U. (2000). Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. *Revista de Administração em Saúde*, 8, 15-22.

Zebiene, E., Razguskas, E., Basys, V., Baubiniene, A., Gurevicius, R., Padaiga, Z. & Svab, I. (2004). Meeting patients expectations in primary care consultations in Lithuania. *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (1), 83-89.

Zemencuk, J., Feightner, J., Hayward, R., Skarupski, K., & Katz, S. (1998). Patient's desires and expectations for medical care in primary care clinics. *Journal of General Internal Medicine*, 13 (4), 273-276.

Outras fontes

Internet

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2010). Manual de Estándares: Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía Web site. Acedido a 26 de fevereiro de 2012 em: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/centros/programas_de_acreditacion/Programas_Acreditacion_Centros/programas_de_acreditacion_centros_sis_sanitario.html

Andrade, A., Evaristo, C., Nolasco, I., Orvalho, J., Zilhão, J., Ôchoa, P. e Neto, S. (2004). Programa qualidade do ministério da segurança social e do trabalho: Um modelo integrado de aplicação da CAF. Ministério da Segurança Social e do Trabalho. Acedido a 26 de fevereiro de 2012 em: http://www.gep.msss.gov.pt/edicoes/outras/programa_qualidade_msst.pdf

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2008). Normas de Boas Práticas para a prestação de serviços em fisioterapia. APFISIO Web site. Acedido a 20 de dezembro de 2011 em: <http://apfisio.pt/PadroesPraticas/NormasUnidFisioterapia.pdf>

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005a). Fisioterapia. Padrões de Prática. APFISIO Web site. Acedido a 20 de dezembro de 2011 em: www.apfisio.pt/Ficheiros/Pad_Pratica.pdf

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2005b). Instrumentos de Auditoria: Aos Padrões de Prática. APFISIO. Web site. Acedido a 20 de dezembro de 2011 em: www.apfisio.pt/Ficheiros/InstAuditoria.pdf

Barros, P. (1999). Eficiência e qualidade: mitos e contradições. Colóquio-debate “Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde”, Lisboa, Academia das Ciências. Acedido em 5 de Dezembro de 2011 em: <http://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/ac-ciencias.pdf>

Campos, A. (2007). Por um sistema de saúde mais eficiente. Intervenção do ministro da saúde, Correia de Campos, encerramento do seminário Ordem dos Médicos e FLAD. Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento (FLAD). Acedido em 20 de dezembro de 2011 em: <http://www.portaldasaude.pt>

Direção Geral de Saúde (2010). Departamento da Qualidade na Saúde, Divisão de Segurança do Doente. Microsite da qualidade. Acedido a 10 de Novembro de 2011 em: www.dgs.pt

Entidade Reguladora da Saúde (2008). Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e Reabilitação. ERS Web site. Acedido em 31 de Dezembro de 2011 em: <http://www.ers.pt/atividades/pareceres-e-recomendacoes/MFR-Relatoriofinal.pdf>

Guerra, S. (2005). 8 de Setembro: Dia Mundial da Fisioterapia: os paradoxos sobre a prestação da fisioterapia no nosso país e a necessidade de auto regulação. Microsite Médicos de Portugal. Acedido em 20 de Dezembro de 2011: http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/fisioterapia/8_de_setembro_dia_mundial_da_fisioterapia

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011, resultados provisórios. Acedido a 1 de Maio de 2012 em : http://www.ine.pt/scripts/flex_provisorios/Main.html

Moen, R. & Norman, C. (2010). Circling Back. Microsite Quality Progress. Acedido em 6 de janeiro de 2012 em: www.qualityprogress.com

World Confederation for Physical Therapy. (2008). Revised Health Policy Statement of the European Region of the WCPT. WCFT web site. Acedido a 30 de outubro de 2011 em:

<http://www.physioeurope.org/download.php?document=116&downloadarea=17>

World Health Organization (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. WHO web site. Acedido a 3 de outubro de 2011 em:

http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

Apêndice

Inquérito por questionário

QUESTIONÁRIO

Caro(a) Utente,

Queremos prestar os melhores cuidados e por isso estamos interessados em saber a sua opinião. As suas respostas a este questionário irão contribuir para ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

As suas respostas são confidenciais.

Ficamos muito gratos pela sua colaboração.

Questionário nº-----

Em relação às seguintes questões, assinale com uma cruz (x) a resposta que considera mais adequada.

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Neutro 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
1. Se necessitar de tratamentos, consigo ser admitido sem qualquer problema					
2. Normalmente fazem-me esperar muito tempo pela consulta quando estou no Serviço de Medicina Física e Reabilitação					
3. O Serviço de Medicina Física e Reabilitação deveria estar aberto mais horas do que está					
4. Após a consulta os tratamentos iniciam-se rapidamente					
5. Espero pouco tempo entre a chegada ao Serviço e o começo do tratamento					

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internos e Externos do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Neutro 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
6. O Serviço de Medicina Física e Reabilitação está bem localizado					
7. As instalações sanitárias são confortáveis					
8. Tenho privacidade nas instalações sanitárias					
9. O Serviço de Medicina Física e Reabilitação é silencioso					
10. O Serviço de Medicina Física e Reabilitação está bem iluminado					
11. O Serviço de Medicina Física e Reabilitação é espaçoso					
12. O Serviço de Medicina Física e Reabilitação é confortável					
13. O Serviço de Medicina Física e Reabilitação é agradável					
14. Os locais de espera são confortáveis					
15. Os locais de espera estão limpos					
16. Os locais de espera estão bem iluminados					
17. A temperatura dos locais de espera é adequada					
18. O caminho para o Serviço está bem sinalizado					
19. Na globalidade, estou satisfeito com as instalações					
20. Tive dificuldade de entrar nas instalações a partir do parque de estacionamento					
21. As instalações estão limpas					
22. O número de aparelhos do Serviço de Medicina Física e Reabilitação é adequado					

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internos e Externos do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Neutro 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
23. O atendimento administrativo foi rápido					
24. O assistente técnico (administrativo) demonstrou simpatia no atendimento					
25. O médico explicou-me a minha situação clínica					
26. O médico mostrou-se disponível para responder às minhas perguntas					
27. O médico mostrou ser competente					
28. Os assistentes operacionais (auxiliares) foram rápidos no atendimento					
29. Estou satisfeito com o Serviço prestado pelos assistentes operacionais (auxiliares)					
30. Fui tratado com cortesia pelos terapeutas					
31. Os terapeutas dirigiam-se a mim pelo meu nome					
32. Senti-me envolvido nas decisões relativas ao plano de tratamento.					
33. O terapeuta ouviu-me atentamente.					
34. O terapeuta informou-me sobre os objetivos a atingir.					
35. O terapeuta pediu-me para fazer atividades que me desagradaram.					
36. O terapeuta foi brusco quando me fez o tratamento.					
37. O terapeuta usa termos técnicos sem explicar o seu significado.					

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internos e Externos do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação

	Discordo totalmente 1	Discordo 2	Neutro 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
38. O terapeuta está o tempo suficiente comigo.					
39. O terapeuta mostrou-me os progressos que tenho alcançado.					
40. O terapeuta explicou-me claramente o que fazer para seguir um programa de exercícios em casa.					
41. Os resultados do trabalho do terapeuta corresponderam às minhas expetativas					
42. Vou voltar a este Serviço caso necessite novamente de tratamentos					
43. Vou recomendar este Serviço a um familiar/amigo que necessite de Fisioterapia					
44. O preço dos tratamentos é acessível					
45. Por vezes, não faço os tratamentos de fisioterapia porque são caros					

46. Esta foi a primeira vez que fez fisioterapia?

Sim ☐

Não ☐

47. É a primeira vez que faz fisioterapia no Hospital de Santarém?

Sim ☐

Não ☐

48. Como foi admitido neste Serviço?

Através do Internamento ☐

Através Consulta Externa ☐

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internos e Externos do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação

49. Sexo:

M ☐

F ☐

50. Idade _____

51. Concelho de Residência: _____

52. Qual a sua profissão? _____

53. Qual o seu nível de escolaridade?

Não sabe ler nem escrever

☐

Sabe ler/escrever sem grau de ensino

☐

Ensino básico

☐

Ensino secundário

☐

Ensino superior

☐

54. Estado Civil:

Solteiro(a)

☐

Casado(a) / União de facto

☐

Divorciado(a)

☐

Viúvo(a)

☐

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexos

Autorizações Solicitadas

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internos e Externos do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação

HDS-SERVIPESSOAL 1910*11 8598


*Autorizado, afixando-se
o telefonema final.
de a la Directric do Hospital
e no D.F.A.P.*

11/12/23

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração
do

Hospital Distrital de Santarém, EPE

*Moço
reverso*


Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de Projecto de Investigação
para Dissertação de Mestrado

Eu, Maria Irene Cepeda Granjo, nº mecanográfico 21047, encontrando-me a desenvolver um projecto de investigação para dissertação do Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, a apresentar na Universidade de Évora, venho solicitar a V. Ex.^a autorização para consultar documentação e realizar questionários a alguns utentes internos e externos do Hospital que dirige.

O projecto de investigação tem como finalidade: - Avaliar o grau de satisfação dos utentes internos e externos do serviço de Medicina Física e Reabilitação, e um dos objectivos é fornecer dados aos responsáveis e profissionais de saúde para que se possam implementar programas de melhoria de qualidade, tendo por base a avaliação feita pelos utentes. Para cumprir o objectivo, será necessário passar um questionário pelos serviços de internamento e serviço de M.F.R. do HDS.

A investigação desenvolver-se-á ao longo do último trimestre de 2011 e, previsivelmente, o primeiro semestre de 2012, sendo que necessitarei a partir de Outubro de 2011:

- ♦ Consultar documentos
- ♦ Aplicar questionários de inquérito aos utentes do internamento e da consulta externa

Desde já cumpre-me garantir o total anonimato das pessoas inquiridas.

Antecipadamente grata, encontro-me disponível para prestar mais informações que V. Ex.^a considere importantes.

Respeitosamente,

Santarém, 19 de Outubro de 2011



Maria Irene Cepeda Granjo

Avaliação do Grau de Satisfação dos Utentes Internos e Externos do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação

Emas. Sras.
Diretora de serviço e
Coordenadora da Terapia Ocupacional
SMFR do HDS, E.P.E.

Assunto: Dissertação de Mestrado

Eu, Maria Irene Cepeda Granjo, Fisioterapeuta coordenadora, encontrando-me a desenvolver um projecto de investigação para dissertação do Mestrado em Intervenção Sócio-organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, a apresentar na Universidade de Évora, venho solicitar a V. Ex.^a autorização para a distribuição de inquérito por questionário aos utentes tratados pelos Terapeutas Ocupacionais, para a Dissertação de Mestrado.

O projeto de investigação tem como finalidade: - Avaliar o grau de satisfação dos utentes internos e externos do serviço de Medicina Física e Reabilitação, e um dos objectivos é fornecer dados aos responsáveis e profissionais de saúde para que se possam implementar programas de melhoria de qualidade, tendo por base a avaliação feita pelos utentes. Para cumprir o objectivo, será necessário passar um inquérito por questionário aos utentes do internamento e da consulta externa tratados no serviço de M.F.R. do HDS, a partir do dia 2 de Janeiro a 2 Março de 2012.

Desde já cumpre-me garantir o total anonimato das pessoas inquiridas.

Antecipadamente grata, encontro-me disponível para prestar mais informações que V. Ex.^a considere importantes.

Respeitosamente,

Santarém, 23 de Dezembro de 2011

(*M. Irene Cepeda Granjo*)

Maria Irene Cepeda Granjo

*Tomei conhecimento
28.12.11*

*Tomei conhecimento
28/12/11
Cristina Torres*

Página Web 1 de 2

RE: AUTORIZAÇÃO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA

j.p [j.p@essa.pt]

Enviado: quinta-feira, 20 de Outubro de 2011 11:18

Para: Maria Irene Cepeda Granjo

Cc: José Pascoalinho Pereira [pascoalinhopereira@gmail.com]

Cara colega

Na qualidade de co-autor das versões portuguesas dos instrumentos que refere, tenho todo o gosto que os utilize no seu estudo.

Como é hábito nestas circunstâncias, gostaria de lhe pedir o favor de quando concluir, nos informe sobre os principais resultados, assim como nos faça chegar qualquer comentário que entenda, sobre a aplicação dos instrumentos à sua amostra.

Fico ao dispor. Bom desenvolvimento do estudo, José Pascoalinho.

José Pascoalinho Pereira
Professor Adjunto
Escola Superior de Saúde do Alcoitão
Rua Conde Barão Alcoitão
2649-506 ALCABIDECHÉ
Dir: +351 21 460 74 66
Ger: +351 21 460 74 50
Fax: +351 21 460 74 59
E-mail: j.p@essa.pt
Site: www.essa.pt

De: Nuno Rangel [mailto:nrange@essa.pt]

Enviada: quarta-feira, 19 de Outubro de 2011 18:34

Para: Jose Pascoalinho

Assunto: FW: AUTORIZAÇÃO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA

De: Geral da Essa

Enviada: terça-feira, 18 de Outubro de 2011 14:01

Para: Nuno Rangel

Assunto: FW: AUTORIZAÇÃO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Elvira Rosa
Núcleo de Serviços Académicos e Administrativos
Telefone: + 351 214607457
Rua Conde Barão – Alcoitão – 2649-506 ALCABIDECHÉ

<https://srvwdtc-exch01/owa/?ac=Item&t=IPM.Note&id=RgAAAAAZv85IPLF%2bS...> 12-07-2012